FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Mai 1909, à 1 heure

PAR

Léon BERNARD

Ancien interne des hôpitaux de Besançon

LES TROUBLES OCULAIRES

DANS

La Chorée de Sydenham

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges { MM. CHAUFFARD, *agrégé*
ANDRÉ BROCA, *agrégé*
NOBÉCOURT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR GUILLEMIN

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique médicale infantile
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.
Témoignage de gratitude.

Les Troubles Oculaires

DANS

LA CHORÉE DE SYDENHAM

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

Qui ne connaît les épidémies de manies dansantes du moyen âge : l'an 1371 et l'an 1414 virent, surtout dans les villes des bords du Rhin, des troupes de convulsionnaires, de pitres, de simulateurs, d'hystériques sans doute, de choréiques vrais peut-être, qui se portaient à une chapelle située près d'Ulm, et dédiée à saint Guy ou saint Vit. D'où le nom de danse de Saint-Guy donné à ce complexus symptomatique, à cet état morbide que l'on soignait alors par des exorcismes et des aspersions d'eau bénite. Certains auteurs (Sennert et Willis) le considéraient comme un châtiment des dieux infernaux et s'abstenaient de tout traitement.

Jusqu'en 1685, tout n'était que chaos dans cet ensemble pathologique où se confondaient les affections les plus disparates : tics, hystérie, chorée, convulsions de nature diverse.

Schenck de Graffenberg et Paracelse avaient bien essayé d'y mettre ordre ; mais il faut arriver à Sydenham pour avoir un tableau clinique exact de la chorée. Cet auteur dans « sa lettre touchant une nouvelle sorte de fièvre » définit cette affection, en analyse les symptômes, en indique la prédilection pour la seconde enfance. Avec lui, le mot de danse de Saint-Guy prend une acception précise.

Les idées du médecin anglais étaient peu adoptées en France lorsque, en 1810, un praticien français, Bouteille de Manosque, dans son *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy*, qu'il écrivit à un âge avancé, après de longues années de pratique, fixe à nouveau les traits de cette affection. Il affirme l'autonomie de la chorée qui n'est « pas une maladie feinte ou un prodige miraculeux », mais une maladie nettement caractérisée, avec ses symptômes pathognomoniques invariables : *morbus per se*.

Après l'avoir séparée nettement des affections spasmodiques, hystériques, épileptiques (chorées fausses), il la définit par ses mouvements convulsifs, insiste sur sa fréquence entre dix et quatorze ans, la liant à la puberté par un rapport étroit. Il signale déjà les troubles intellectuels (idiotisme léger) et les arthropathies qu'on y rencontre. Il fait une place aux chorées secondaires et rapporte plusieurs obser-

vations de *chorées rhumatiques* dont deux sont empruntées à Stoll, deux autres à Sauvages. Les rapports de la chorée et de l'hystérie ne lui échappent pas.

Après Bouteille, on discute encore sur les limites propres de la danse de Saint-Guy, mais le tableau clinique est tracé d'une façon indélébile et les auteurs qui suivent ne font que le reprendre.

En 1850, paraît le mémoire de G. Sée à l'Académie de Médecine sur la chorée, étude très complète par laquelle cette maladie est rattachée au rhumatisme. Avant lui Bright avait déjà publié 6 observations de coïncidence de ces deux affections.

Du résultat de ses autopsies, de ses observations cliniques, Sée déduit que le rhumatisme affecte fréquemment le système nerveux et qu'une des multiples formes qu'il revêt est précisément la chorée, surtout lorsqu'il est peu intense, apyrétique ou subaigu. La danse de Saint-Guy qui, au moins une fois sur deux, est le résultat de cette cause morbide, peut se trouver dans toutes les conditions de la diathèse rhumatique. G. Sée sépare aussi la chorée vulgaire de la grande danse de Saint-Guy, des chorées rythmées et des autres manifestations hystériques.

Henri Roger, en 1866-1867, met en évidence la coexistence du rhumatisme et de la maladie de Sydenham, établit un rapport de cause à effet entre l'un et l'autre, insiste sur la parenté des deux affections et va jusqu'à les identifier quant à leur nature.

Avec Charcot, Raymond, les limites de la chorée

se précisent ; elle est différenciée des manifestations hystériques et des mouvements choréiques symptomatiques d'affections organiques des centres nerveux.

Notons en passant la thèse de Déjérine en 1886 où le rôle étiologique de l'hérédité nerveuse est mis en lumière, le rhumatisme passant au second plan, sa présence au cours de la chorée n'étant qu'une pure coïncidence.

Arrêtons-là cet historique général qui paraîtra un peu long, mais qui nous a servi du moins à préciser ce que nous entendions par chorée et relatons brièvement par ordre chronologique, sauf à y revenir plus tard, ce que nous avons trouvé dans les divers auteurs sur les troubles oculaires dans la danse de Saint-Guy, troubles qui feront l'objet de notre présent travail.

Déjà G. Sée avait noté dans son fameux mémoire les mouvements incoordonnés des globes oculaires et un cas de paralysie de la rétine, que, d'ailleurs, il attribue à l'hystérie.

Rosenthal en 1878 (1), cite dans un cas de chorée une dilatation pupillaire très marquée des deux côtés, indépendante de l'action de la lumière, et qu'il attribue à l'irritation du centre cilio-spinal.

Hasse, Ziemsen firent des constatations analogues. A la même époque, Bouchut, dans son *Traité*

---

1. Dans son *Traité clinique des maladies du système nerveux*.

pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, rapporte que souvent, à l'ophtalmoscope, il a trouvé une hyperémie du nerf optique ou une névrite optique, surtout dans les cas de chorées graves. Il cite encore l'observation d'un enfant de onze ans qui eut une hémichorée à la suite d'une chute, avec diplopie sans strabisme, douleurs de tête, tintements d'oreilles, surdité, amnésie, anesthésie. Ce fait est contestable ; il ne retiendra pas notre attention. La mydriase et l'affaiblissement visuel, sont des symptômes notés par cet auteur. Nous reviendrons plus loin sur ces faits de Bouchut.

Dans le *Dictionnaire des Sciences médicales de Dechambre*, Raymond relate :

1° La théorie de Stewens d'Albany (pour ce dernier la chorée est le résultat des troubles de la réfraction de l'œil) ;

2° Les faits de Hasse, Rosenthal et Ziemsen ;

3° Un fait de Russel : hemichorée avec parésie, anesthésie et diminution de l'acuité visuelle d'un côté ; enfin un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine de Fitzgerald.

Ici se place le cas de Cadet de Gassicourt qu'il expose dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 1882. Nous rapporterons plus loin tout au long cette observation de mouvements des globes oculaires avec dilatation et resserrement alternatifs de la pupille, empêchant la lecture. Selon Cadet de Gassicourt, la chorée est très souvent rhumatismale.

Pour Ollivier, les mouvements incoordonnés choréiques se localisent sur les muscles striés de préférence ; il parle cependant de la chorée du cœur et donne une observation personnelle de chorée de l'iris.

Enfin signalons plus près de nous l'iritis trouvée par Förster dans un cas de danse de Saint-Guy et la névrite optique, par Gowers, puis les constatations de Cruchet sur l'hippus dans la chorée. Nous verrons plus loin l'importance que cet auteur attache à ce symptôme.

Quelle est l'opinion des classiques sur cette question des troubles oculaires dans la danse de Saint-Guy ?

Huet (1), cite les mouvements incoordonnés des globes oculaires qui roulent dans toutes les directions : « Les pupilles sont fréquemment dilatées, quelquefois inégalement, la plus large se trouvant du côté où les mouvements choréiques sont les plus prononcés. »

Triboulet, dans le *Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert*, ne fait que rapporter le cas de Cadet de Gassicourt en ajoutant « qu'il est bien probable que le muscle de Brücke soit troublé dans son fonctionnement ».

Plus loin, il relate les faits sur lesquels le docteur Pasquier, à l'hôpital des Enfants, avait attiré son attention : phénomènes vaso-moteurs accompagnant

---

1. Huet. *Manuel de médecine*, t. IV.

l'hémichorée avec *inégalité pupillaire,* salivation, rougeur plus marquée du côté de la face ou des membres avec sensation de chaleur.

Enfin Bloch et Grenet (1) rapportent, eux aussi, les cas de Hasse, Rosenthal et Ziemsen, les théories de Stewens, puis le fait de Cadet de Gassicourt, et les constatations de Cruchet.

Ils ne parlent pas des réflexes muqueux et affirment que l'anesthésie ne se trouve pas dans la chorée pure et sans immixtion d'hystérie.

Triboulet avait toutefois fait remarquer que la sensibilité générale des choréiques n'est pas normale.

Selon Leroux (2), les globes oculaires sont quelquefois, mais rarement, agités et entraînés en diversens ; les mouvements de l'iris ont été observés par divers auteurs. Il met à l'actif de l'hystérie les modifications de la sensibilité générale et spéciale, rétrécissement du champ visuel, diminution de la vue.

Ainsi donc, dans la littérature médicale, nous trouvons relatés un certain nombre de troubles oculaires au cours de la chorée. Notre but est de reprendre leur étude au point de vue purement clinique. Nous mettrons de côté les troubles de la musculature externe, que nous trouvons signalés un peu

---

1. Bloch et Grenet. *Traité de médecine Brissaud et Bouchard,* t. X.

2. Dans le *Traité de Comby et Grancher.*

partout et sur lesquels les auteurs sont d'accord, quoiqu'ils soient relativement rares ; et nous nous bornerons à étudier les phénomènes suivants : troubles des divers réflexes de l'œil, réflexe superficiel ou conjonctival, réflexe profond, spasmes et modifications dans la musculature pupillaire, phlegmasies, qui peuvent intéresser l'iris ou le nerf optique, vices de réfraction.

Pour ne pas nous perdre dans des digressions trop lointaines, nous bornerons notre étude aux cas de chorées vraies. Avec MM. Hutinel et Babonneix, nous entendrons par chorée « cette affection caractérisée par des mouvements irréguliers, incoordonnés, involontaires, apparaissant à la suite du rhumatisme, évoluant d'une façon cyclique, s'accompagnant fréquemment d'endopéricardite et disparaissant presque toujours au bout d'un certain temps pour récidiver deux ou trois fois avant la puberté, à partir de laquelle ils deviennent beaucoup plus rares ».

Ce sont donc les manifestations oculaires rencontrées au cours de l'affection ainsi nettement caractérisée, que nous passerons en revue, cherchant à les grouper, à préciser leur fréquence, leur valeur séméiologique et pronostique, les indications que l'on peut en tirer pour le diagnostic de la maladie.

Dans un premier chapitre, nous aurons pour objet : l'iritis ;

Dans un second, le réflexe conjonctival ;

Dans un troisième, les troubles pupillaires ;

Dans un quatrième, la névrite optique ;

Enfin, les vices de réfraction formeront un court et dernier chapitre, auquel nous joindrons quelques considérations sur les paralysies oculaires.

Ainsi seront classés par ordre d'importance ces symptômes divers.

Nous reporterons à la fin de ce travail les observations, sauf quelques-unes qui nous ont paru mieux placées dans les chapitres particuliers.

Avant d'aborder notre étude analytique, il est de notre devoir de remercier particulièrement, M. le Dr Babonneix, qui nous a guidé dans le choix de notre thèse et nous prodigua ses conseils, et M. le Dr Terrien, qui fit les examens ophtalmoscopiques de bon nombre de nos malades et dont l'accueil bienveillant n'est plus à louer.

ETUDE ANALYTIQUE

L'Iritis dans la Chorée

« Parmi les conditions qui contribuent le plus à la production de la chorée, dit G. Sée, il faut citer en premier lieu le rhumatisme, qu'il soit apyrétique ou combiné au mouvement fébrile. »

Sur 128 chorées il compte 61 exemples où cette affection coïncide avec une inflammation ou des douleurs articulaires. Sur 11.500 malades admis en quatre années à l'hôpital des Enfants, il a vu 48 rhumatismes simples contre 61 liés à la chorée. Aussi en conclut-il que, sur 2 chorées, il y en a 1 qui dépend du rhumatisme. Bright, avant lui, sur 16 chorées, en trouve 6 de nature rhumatismale. Bouteille, Stoll, Sauvages avaient déjà noté cette coïncidence des deux affections.

Le rhumatisme articulaire précède la chorée fréquemment et leur évolution est analogue ; ils s'enchaînent, se répètent ensemble ou alternent, le rhumatisme marquant le début et la fin de la névropathie ou bien seulement marquant le début de la chorée qui évolue ensuite isolément. Le rhumatisme peut

aussi faire son apparition au cours même de la chorée et se manifeste par une arthrite, une fièvre rhumatismale, des douleurs, ou bien il ne paraîtra qu'au cours d'une récidive ou d'une rechute, ou bien seulement après une chorée, « et les arthrites secondaires n'en relèvent pas moins du rhumatisme ». Tels sont les rapports intimes que Germain Sée trouve dans la statistique entre ces deux processus morbides. Outre ces preuves, tirées de ses observations cliniques, G. Sée fonde encore son opinion sur le résultat de ses autopsies, au cours desquelles, 34 fois sur 82, il vit la danse de Saint-Guy s'accompagner de lésions inflammatoires plastiques des membranes du cœur, des méninges, des plèvres, du péritoine, avec ou sans rhumatisme articulaire.

Henri Roger se demande si la chorée n'est point dans la presque universalité des cas une manifestation du rhumatisme et en conséquence si on ne devrait pas nosologiquement la faire sortir du cadre des névroses ou tout au moins la considérer comme une névrose rhumatismale.

A l'appui de son opinion il cite des faits cliniques: il montre la chorée succédant immédiatement au rhumatisme articulaire avec péricardite ou pleurésie, ou survenant après la guérison de l'attaque rhumatismale. Dans d'autres cas de rhumatisme avec endopéricardite ou endopéricardite et pleurésie double, il fait ressortir l'apparition des mouvements choréiques à la période d'état de l'affection primordiale ; puis il insiste sur la coïncidence de la chorée et du

rhumatisme articulaire caractérisé par sa complication cardiaque ; enfin il fait ressortir l'alternance des deux maladies. « Ici, dit Roger, l'identité est flagrante. La maladie des articulations, la chorée et la phlegmasie cardiaque se mêlant, se remplaçant, se confondant de nouveau, ayant même origine, même fin, ne sont-elles pas la triple expression d'un vice unique, le vice rhumatismal. » Aussi Roger élève-t-il au rang de la loi pathologique cette coïncidence de la chorée et du rhumatisme, les liant l'une à l'autre par un rapport étroit de causalité, en faisant deux maladies parentes, allant jusqu'à les identifier quant à leur nature,

Il étudie encore ce qu'il appelle la chorée cardiaque citant, sur 71 observations, 5 fois la péricardite, 47 fois l'endocardite, 19 fois l'endopéricardite, la cardiopathie précédant la danse de Saint-Guy, tantôt lui succédant, tantôt se déclarant au cours de celle-ci, et Roger admet entre ces deux affections une relation de causalité ; mais troubles cardiaques et troubles choréiques relèvent de la même cause dans bon nombre de cas : la diathèse rhumatismale.

Cadet de Gassicourt ne dit-il pas : « La chorée rhumatismale est infiniment plus commune à elle seule que toutes les autres chorées réunies ? »

Ce n'est pas seulement chez le même individu que nous voyons cette influence du rhumatisme sur la chorée, mais c'est encore dans l'hérédité de celui-ci. G. Sée avait déjà démontré que le rhumatisme se trouvait fréquemment dans les antécédents héré-

ditaires des choréïques. Ollivier rapporte une statistique dans laquelle, sur 73 cas de chorée où l'on a noté les antécédents, 30 fois le rhumatisme est mis en lumière : 18 fois les parents seuls étaient atteints; 12 fois les parents, frères et sœurs.

Pour Déjérine, il n'y a là qu'une pure coïncidence; la chorée de Sydenham ne connaîtrait qu'une cause : l'hérédité nerveuse similaire ou dissemblable qui crée la prédisposition. Mais les preuves qu'il donne ne paraissent pas convaincantes et, sans vouloir nier le rôle de l'hérédité nerveuse dans l'étiologie de la danse de Saint-Guy, on est cependant forcé d'admettre que le rhumatisme y joue un rôle primordial. Les faits et les preuves que nous rapportons plus haut sont largement suffisants pour le démontrer.

Qu'il nous soit permis enfin de citer la statistique suivante, empruntée à MM. Hutinel et Babonneix.

Pour Kephallinos, la chorée est d'origine rhumatismale dans 5 à 20 o/o de cas.

Pour Hughes	13
Thayes et Leroux	22
Goodhal	28
West, Trousseau, Hutinel et Babonneix.	33
Batten	32 à 52
Holrech, West	41
Mackenzie	42
Marfan et Legay	43
G. Sée	47
Tarrild	50
Mayer	80
S. Kirkes	92

Ainsi donc il est indubitable que la chorée rhumatismale est à elle seule la plus fréquente.

S'il en est ainsi, l'iritis trouve naturellement sa place au rang des complications de la maladie de Sydenham. Le même processus morbide qui crée la chorée, l'endocardite, la pleurésie, l'arthrite, c'est-à-dire l'infection rhumatismale, produit l'iritis et dans le cadre nosologique qui nous occupe, celle-ci se place sur le même plan que les manifestations cardiaques, articulaires, pleurales de la diathèse rhumatismale. L'iris d'ailleurs réagit à l'infection à la manière des séreuses et peut sans difficulté leur être homologué. L'observation de Förster n'a rien qui doive surprendre (Obs. I).

Mais pourquoi l'iritis, assez fréquente au cours du rhumatisme, ne se rencontre-t-elle pas plus souvent au cours de la chorée, alors que l'endocardite par exemple s'y trouve dans une proportion respectable ?

En feuilletant, en effet, les observations de danse de Saint-Guy que nous avons eues entre les mains, nous n'avons pas retrouvé cette complication, et l'observation de Förster a peu de parentes.

L'explication en est simple, nous la trouvons dans ce fait que l'iritis est rare chez l'enfant et que la chorée est une maladie de l'enfance.

Toutefois la présence d'une telle complication au cours de la danse de Saint-Guy peut être interprétée en faveur du rôle essentiel joué par le rhumatisme

dans cette maladie : l'iritis qu'on y trouve est de l'iritis rhumatismale.

Si nous cherchons maintenant à tirer de ce fait de Förster une conclusion pratique au point de vue du pronostic, nous voyons que cette attaque d'iritis accompagne une chorée grave, généralisée, de durée assez longue, avec lésion cardiaque sévère puisqu'elle donna lieu à de la cyanose et de l'œdème et que Forster ajoute que l'enfant fut très mal.

Ainsi peut-on conclure que l'apparition de l'iritis au cours d'une chorée indique une imprégnation profonde de l'organisme par l'agent morbide quel qu'il soit, et que le pronostic doit être dans ce cas assez réservé.

Du réflexe conjonctival

Pour la plupart des auteurs anciens (Ollivier), pour la plupart des auteurs classiques, l'anesthésie généralisée ou localisée qui peut se rencontrer au cours de la chorée ne ressortit pas en propre à cette maladie, mais doit être attribuée à l'hystérie qui l'accompagne assez fréquemment.

Bloch dit n'avoir jamais rencontré d'anesthésie dans la chorée pure sans immixtion d'hystérie.

Triboulet fait remarquer toutefois que la sensibilité générale des choréiques n'est jamais normale et qu'elle est diminuée comme en témoignent les contusions que se donnent sans se plaindre les sujets fortement choréiques.

D'ailleurs Huet (1) admet que les troubles de la sensibilité dans la chorée sont inconstants et variables ; il les rattache soit à la chorée directement, soit à son association à l'hystérie.

Pour Nicollet (2), les réflexes muqueux sont rarement modifiés, abstraction faite des cas d'ailleurs très nombreux où la chorée se complique de manifestations hystériques.

Voici à ce sujet la statistique des cas qui se trouvent dans cet ouvrage et que nous rapportons plus loin. Sur 8 malades dont 2 atteints de chorée avec hystérie :

Le réflexe cornéen est subnormal et le réflexe conjonctival paresseux 1 fois ;

Le réflexe conjonctival, paresseux 1 fois ;

Les réflexes conjonctival et pharyngien, diminués 1 fois ;

Le réflexe pharyngien, diminué seul, 1 fois.

En conséquence, 3 fois sur 8 il y a de l'anesthésie cornéenne ou conjonctivale.

Ces données ne paraissent pas être vérifiées par le résultat de nos observations.

Sur 20 cas, 15 fois nous trouvons de l'anesthésie cornéenne ou conjonctivale seule ou associée à l'anesthésie pharyngée. Ces cas se décomposent comme il suit :

---

1. *Loc. cit.*
2. Nicollet. Thèse de Lyon, 1900-1908.

Anesthésie cornéenne	3 fois
Anesthésie conjonctivale	2 fois
Anesthésie conjonctivale et pharyngée	6 fois
Anesthésie cornéenne et pharyngée	3 fois
Anesthésie cornéenne, conjonctivale et pharyngée	1 fois

Dans un de ces cas la sensibilité générale est exagérée.

De ces constatations on peut conclure que l'anesthésie conjonctivale ou cornéenne est fréquente au cours de la chorée — 15 fois sur 20 — qu'elle s'accompagne souvent d'anesthésie pharyngienne, 9 fois sur 15. L'anesthésie naturellement, entraîne l'abolition du réflexe correspondant.

Quelle interprétation donner à ces faits : devons-nous appeler hystérique toute chorée qui s'accompagnera d'anesthésie conjonctivale et pharyngienne, ou attribuer à l'hystérie compliquant la chorée, ce qui n'est pas rare, ces troubles de la sensibilité muqueuse et de la réflectivité ? A vrai dire, les limites entre la chorée arythmique liée à l'hystérie et la chorée vraie compliquée d'hystérie, sont singulièrement difficiles à préciser. Les symptômes tels que l'anesthésie pharyngée et conjonctivale peuvent-ils être de quelque utilité ?

Pour résoudre ce problème, établissons quels sont les signes pathognomoniques de l'hystérie, et déterminons ce à quoi l'on pourra reconnaître qu'une manifestation quelconque en relève.

Pour cela, nous ne pouvons mieux faire que de

reprendre la définition de l'hystérie d'après M. Babinski qui propose pour cette affection le nom de pithiatisme, terme qui résume et synthétise la conception actuelle, et en rappelle la base essentielle.

« L'hystérie, dit-il, est un état psychique rendant le sujet, qui s'y trouve, capable de s'auto-suggestionner.

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par la suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Par suggestion, il faut entendre « l'action par laquelle on cherche à faire accepter à autrui ou à lui faire réaliser une idée manifestement déraisonnable ».

Au contraire, « déclarer à un malade atteint d'une paralysie psychique que ce trouble est purement imaginaire, qu'il peut disparaître instantanément par un effort de volonté, et obtenir ainsi la guérison, est agir par persuasion ; car l'idée émise, loin d'être déraisonnable, est éminemment sensée ».

M. Babinski range parmi les troubles primitifs toutes les variétés de paralysies, de contractures, d'anes-

thésies, tous les grands accidents hystériques en un mot.

Nous sommes donc en possession du critérium qui nous permettra de ranger parmi ces manifestations un symptôme quelconque.

Est-il possible de classer parmi les troubles primitifs l'anesthésie conjonctivale ou cornéenne simple, ou l'anesthésie pharyngienne simple, ou ces diverses anesthésies combinées. Cela paraît indubitable. Du même coup, l'abolition du réflexe muqueux correspondant prend place parmi les accidents secondaires ; car la relation de cause à effet entre l'une et l'autre s'impose, la sensibilité muqueuse étant le point de départ de l'arc réflexe.

Mais pour autant, est-on en droit de conclure à l'hystérie chaque fois que de tels symptômes se retrouveront ? Nous ne le croyons pas.

En effet, tout d'abord il est fréquent de trouver chez des sujets nullement hystériques de l'anesthésie pharyngienne, de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne.

D'autre part, la volonté et l'habitude interviennent fréquemment et jouent un rôle important. Tel individu chez qui, à l'improviste, l'attouchement de la luette provoquera des nausées, pourra supporter le cathétérisme œsophagien soit par un effort de volonté, soit sous l'influence de l'habitude. Pour la sensibilité cornéenne et conjonctivale, la même chose n'est-elle pas possible ? Il paraît bien qu'il en

soit ainsi. L'observateur lui-même crée souvent le symptôme.

Nous insisterons encore sur ce fait : dans nos observations on ne trouve aucun autre signe d'hystérie, pas d'anesthésie cutanée, aucune zone douloureuse, aucune crise, aucune paralysie ; au contraire, dans certains cas, nous trouvons de l'exagération des réflexes tendineux plus ou moins accentuée accompagnant cette anesthésie conjonctivale. Or, d'après M. Babinski, un tel symptôme ne peut être provoqué par la suggestion.

Dans bon nombre de nos cas enfin, soit des arthropathies, soit des signes de lésions cardiaques affirment la nature de la chorée.

Vouloir baser le diagnostic de pithiatisme sur la simple constatation de signes aussi peu importants, aussi variables, aussi sujets à caution que ceux dont nous parlons, est bien téméraire, semble-t-il.

On ne saurait contester cependant que, dans certains cas, la présence d'anesthésie conjonctivale, surtout associée à l'anesthésie pharyngienne, ne décèle l'affinité qui existe entre la chorée et l'hystérie, affinité qui faisait dire à M. Weil (1) : « Voici comment je comprends la chorée. Elle constitue une réaction spéciale du système nerveux de la seconde enfance. La même circonstance, frayeur, infection, provoquera dans le premier âge des convulsions, de six à treize ans de la chorée, plus tard de l'hystérie. »

1. E. Weil. *Précis de médecine infantile*, p. 602.

Nous avons plus haut d'ailleurs rapporté les idées de M. Déjérine au sujet du rôle de l'hérédité nerveuse dans l'étiologie de la danse Saint-Guy, hérédité qui crée la prédisposition.

Charcot, Jeoffroy, Comby considèrent la chorée comme une névrose.

Par là même se trouve expliquée la présence des symptômes tels que l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée dans l'affection qui nous occupe. Ces symptômes ne peuvent pas servir de base au diagnostic de la nature hystérique de la chorée arythmique, ni même à l'affirmation d'hystérie compliquant la chorée. Ils ne révèlent qu'une chose, à notre avis, la prédisposition nerveuse.

Un signe, entre tous, permettrait de séparer aisément ces deux affections voisines et de préciser leurs limites ; nous voulons parler du symptôme auquel M. Babinski a donné son nom. Il a été constaté quelquefois dans la danse de Saint-Guy, par M. Babonneix, qui lui reconnaît une valeur séméiologique indiscutable, mais qui ne l'a pas trouvé constamment.

« Il ne saurait, en aucune façon, dit-il, nous venir à l'idée de contester les résultats obtenus par M. Babinski, observateur sagace et consciencieux ; mais nous ne pouvons pas oublier, non plus, que nous l'avons trouvé son signe que 4 fois sur 21 malades étudiés à ce point de vue, bien que nous l'ayons recherché aux diverses phases de la chorée, et que nos examens répétés aient été contrôlés par les per-

sonnes qui suivaient alors le service. Nous conclurons donc, ajoute-t-il, que, dans la chorée de Sydenham, le signe de Babinski peut s'observer, mais qu'il n'est pas prouvé, jusqu'à présent, qu'on l'y rencontre dans tous les cas. »

En conclusion de cette étude, nous dirons : 1° que l'anesthésie conjonctivale, cornéenne, seules, ou associées à l'anesthésie pharyngienne, sont fréquentes au cours de la chorée ; 2° que l'abolition des réflexes muqueux, qui en est la conséquence, affecte la même fréquence ; 3° que cette abolition des réflexes muqueux ne peut en aucune façon servir de base au diagnostic de chorée arythmique hystérique ou d'hystérie compliquant la chorée.

Enfin, qu'il nous soit permis de rapprocher de ces timides propositions, la proposition suivante empruntée à M. Babonneix :

« Dans le cas où le diagnostic hésite entre une chorée vraie et une chorée hystérique, l'existence du signe de Babinski permet d'affirmer la chorée vraie, mais de son absence on ne peut tirer aucune espèce de conclusion. »

Les troubles pupillaires

« Il n'est point prouvé, dit Raymond, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, à propos de la danse de Saint-Guy, que les fibres de l'iris se contractent » ; mais il fait une restriction pour les

cas notés par Hasse, Rosenthal et Ziemsen, où la pupille était dilatée et insensible à la lumière, où il y avait même, dans une hémichorée, une inégalité sensible entre celle d'un côté et celle de l'autre ; et cet élargissement disparaissait en même temps que la chorée.

Voici d'ailleurs le fait de Rosenthal : « Dans un cas de chorée, j'ai observé, au plus fort du paroxysme, une dilatation pupillaire très marquée des deux côtés ; elle n'était modifiée, ni par l'approche d'une source lumineuse, ni par l'introduction d'une électrode mince entre la sclérotique et la conjonctive. Après la fin de l'attaque, elle disparaissait spontanément (crampe du dilatateur des pupilles par irritation du centre cilio-spinal). »

« L'irritation du centre cilio-spinal, trouvons-nous plus loin, s'exprime par une dilatation spasmodique des pupilles, dans les attaques choréiques graves (comme dans l'observation rapportée plus haut). »

Bouchut signale la mydriase.

Le cas de Cadet de Gassicourt est célèbre ; nous le placerons ici :

Il s'agit d'un jeune garçon de onze ans qui a dans ses antécédents héréditaires une grand'mère paternelle rhumatisante, une mère nerveuse, qui ne paraît pas cependant hystérique. Lui-même n'a pas eu de rhumatisme, pas de scarlatine.

Cet enfant avait eu à huit ans et demi une première attaque de chorée, de longue durée et de grande violence, avec troubles moteurs des membres

inférieurs empêchant la marche et la station debout.

C'est au cours d'une récidive que Cadet de Gassicourt le vit. Cette récidive datait de trois mois, survenue sans cause connue. L'incoordination des mouvements occupait la face et les quatre membres avec prédominance à gauche, grimaces, mouvements irréguliers de la langue et des lèvres gênant l'articulation des mots.

« En même temps nous observions, dit cet auteur, un symptôme exceptionnel, qui a été révoqué en doute par quelques auteurs, quoiqu'il ait été noté par Hasse, Rosenthal et Ziemsen et que Trousseau le signale sans l'avoir, il est vrai, observé lui-même. Je veux parler de la contraction des fibres de l'iris. » Cadet distingue alors les mouvements irréguliers des globes oculaires de ceux de l'iris. Les mouvements irréguliers des globes oculaires se produisaient chez le petit malade, mais en outre « on voyait très distinctement une *dilatation* et un *resserrement alternatifs* de la pupille tout à fait indépendants de l'action de la lumière, et ce symptôme insolite provoquait un phénomène assez bizarre ».

« Lorsque nous présentions un livre à l'enfant, il lisait, en bredouillant un peu sans doute, mais sans trop de difficulté. Puis tout à coup il s'arrêtait en disant : « Je ne vois plus » ; quelques secondes s'écoulaient : « Je vois », disait-il, et il reprenait sa lecture, pour l'interrompre de nouveau quelques instants plus tard. Or, si pendant cette expérience, on examinait la pupille, on reconnaissait facilement que

l'obscurcissement de la vision correspondait à une *dilatation de la pupille* et que la vision redevenait distincte dès que cette dilatation avait cessé. »

Les contractions irrégulières des muscles iridiens sont donc possibles, conclut-il, tout en confessant la rareté d'un tel symptôme.

Les muscles du cou, du tronc, des quatre membres, présentaient des contractions, avec prédominance à gauche ; l'enfant marchait avec quelque difficulté, en titubant. Sommeil calme, pendant lequel la folie musculaire disparaissait. Troubles psychiques nuls.

L'enfant fut traité à l'hyosciamine sans résultat. Il présenta une amélioration vers le septième jour de traitement, amélioration qui fut suivie d'une recrudescence de l'affection avec grimaces intenses de la face, gêne de la déglutition, maladresse très grande des membres supérieurs, gêne de la marche, les membres inférieurs fléchissant sous le poids du corps. A ces symptômes se joignit de l'anesthésie avec analgésie et thermo-anesthésie, limitée au bras gauche et qui disparut après quarante-huit heures. Des troubles psychiques se manifestèrent aussi à ce moment : faciles attendrissements, rires excessifs. Le bromure de potassium remplaça l'hyosciamine. L'enfant ne tarda pas à s'améliorer. Un traitement tonique (fer, quinquina) avec gymnastique fut instauré. Dix jours plus tard il ne restait plus qu'une incoordination atténuée des mouvements du bras et de la jambe gauche avec affaiblissement musculaire. La maladie dura six mois entiers et se termina par la guérison.

Pour Ollivier, les spasmes choréiques dans certains muscles de la vie organique sont l'exception. « On a parlé de chorée des fibres de l'iris. Il existe en effet des alternances de myosis et de mydriase qui se succèdent à de très courts intervalles. Je l'ai vu moi-même, il y a peu de temps, chez une fillette de douze ans. J'étais au début disposé à admettre le mécanisme indiqué ; aujourd'hui je crois plutôt qu'il s'agit de mouvements pupillaires synergiques à des contractions des muscles de l'accommodation. » (Ollivier. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1886.)

Nous retrouvons de tels symptômes dans les observations de la thèse Nicollet. Sur 8 choréiques dont les yeux ont fait l'objet d'un examen spécial, il est noté : deux fois, des pupilles un peu dilatées, mais égales et réagissant lentement à l'accommodation et à la lumière ;

Une fois, des pupilles dilatées simplement, mais égales ;

Une fois, le réflexe à la lumière un peu paresseux.

Dans la thèse de Rousseau de Bordeaux nous trouvons un cas de chorée irienne.

Langmead admet que les troubles pupillaires sont loin d'être rares au cours de la chorée. Voici les constatations qu'il a pu faire :

1° Les mouvements de pupilles sont souvent extrêmement étendus et rapides, les incessantes secousses des yeux entraînant des changements d'éclairage continuels de la rétine et nécessitant une accommo-

dation toujours nouvelle pour les objets situés à des distances variables dans le champ visuel ;

2° Pendant les périodes de repos relatif, ou peut en outre constater de l'hippus oscillatoire rythmique;

3° Les deux pupilles réagissent souvent avec une rapidité différente à l'accommodation, surtout en cas d'inégalité pupillaire, et c'est la plus large dont le mouvement est le plus lent ;

4° La contraction pupillaire est souvent fugace et l'on peut voir l'une des pupilles se dilater tandis que l'autre reste resserrée ;

5° L'inégalité pupillaire peut être constante, ou bien variable en ce sens que, tantôt la gauche, tantôt la droite sera la plus large ;

6° Enfin, fréquemment, les pupilles sont excentriques.

Il est à noter que ces troubles pupillaires ne s'observent pas particulièrement du côté où les mouvements choréiques sont le plus intenses.

Les alternatives de mydriase et de myosis, déjà signalées par Cadet de Gassicourt, Ollivier, ont été bien étudiées avant Longmead par M. Cruchet de Bordeaux. Voici comment cet auteur décrit le phénomène qui porte le nom d'hippus :

« Le plus ordinairement, la pupille dilatée se contracte sous l'influence de la lumière ; mais à peine cette contraction s'est-elle produite que la pupille se dilate à nouveau pour se rétracter encore ; à chaque contraction de moins en moins forte, répond une dilatation de plus en plus grande, si bien qu'au bout

de quinze, vingt, trente secondes, une minute, la pupille revient à sa dilatation primitive et demeure immobile. Cette immobilité n'est, elle-même, que passagère et après quelques secondes ou quelques minutes de repos, il est facile de provoquer, dans les mêmes conditions, la même série de phénomènes. » Ajoutons que l'hippus se rencontre dans d'autres affections, notamment dans le nervosisme, la sclérose en plaque, l'hystéro-épilepsie, où Panas l'a signalé ; mais Cruchet insiste sur la constance de ce phénomène dans la chorée de Sydenham. Sept fois sur 7 cas où il l'a cherché, il l'a rencontré et d'autre part il ne se rencontrerait pas dans la maladie des tics. « C'est là un fait intéressant, conclut M. Cruchet, qui, s'il était confirmé, pourrait devenir un élément de diagnostic de plus entre ces deux maladies. »

Des faits de Cruchet rapprochons l'observation suivante due à R.-W. Philip : « Il s'agit d'un cas de chorée grave chez un grand garçon de dix-huit ans ; le malade est atteint d'une véritable folie musculaire ne lui laissant pas un instant de repos ; les muscles des membres, ceux de la face présentent tous des contractions intermittentes : les yeux offrent des mouvements variés et, phénomène très particulier, la dilatation et le rétrécissement alternatifs de la pupille (hippus choréique).

Pour résumer cette étude analytique, rangeons sous trois chefs les divers troubles pupillaires que nous avons trouvés décrits au cours de la chorée.

1° Troubles du réflexe lumineux ou photomoteur :

a) Retard (3 cas de Nicollet) ;

2° Troubles du réflexe à l'accommodation :

a) Retard (2 cas de Nicollet) ;

b) Irrégularité dans la réaction.

1. Contraction fugace des pupilles (Longmead).

2. Dilatation de l'une, resserrement de l'autre (Longmead).

3. Rapidité inégale dans la réaction.

a) Surtout quand il y a inégalité pupillaire ;

b) La plus large a le mouvement le plus lent la (Longmead).

3° Modifications dans la forme et le diamètre de la pupille.

1. Mydriase ou dilatation spasmodique (Rosenthal, Hasse, Ziemsen, Bouchut (3 cas de Nicollet).

2. Inégalité pupillaire (Longmead) ; et ce serait en général la même pupille qui pendant toute la maladie reste la plus large.

3. Irrégularité de la pupille, pupille excentrique (Longmead).

4. Alternatives de contraction et de dilatation, hippus choréique (Longmead, Cruchet, Philipp, 8 cas de ces derniers).

Alternatives de contraction et de dilatation de la pupille et du muscle accommodateur (Longmead, Cadet de Gassicourt).

Remarque. — Les troubles pupillaires ne semble-

raient affecter aucune prédilection pour le côté où les mouvements choréiques sont le plus intenses (Longmead).

De ces faits, on est en droit de penser que ces troubles ne sont pas rares au cours de la danse de Saint-Guy, qu'ils accompagnent fréquemment les convulsions choréiques de la face et spécialement celles des muscles extrinsèques du globe oculaire (nous n'en voulons pour preuves que les observations de Cadet de Gassicourt, de Philipp), enfin qu'ils se rencontrent plutôt dans les chorées d'une certaine intensité (cas de Cadet de Gassicourt dont la durée fut de six mois), (cas de Philipp, chorée grave).

Ainsi, contrairement à l'opinion de Bouchut et d'Ollivier, les muscles de la vie de relation ne resteraient pas toujours indemnes au cours de la chorée ; mais ils pourraient quelquefois, à leur tour, être touchés par la folie musculaire. Le point de passage, la transition entre cette chorée des muscles lisses et celle des muscles striés se trouverait dans la chorée du cœur admise par certains auteurs.

Toutefois ces troubles pupillaires ne sont pas aussi fréquents que l'affirment Cruchet et Longmead. Sur nos 20 observations, nous trouvons de la mydriase deux fois (obs. XIX et obs. XX), de l'irrégularité des pupilles, pupille droite seule, une fois (obs. XXI), dans ce cas le siège du trouble pupillaire coïncide avec le côté où la chorée a été la plus intense au début), et de l'excentricité des pupilles très légère 1 fois seulement (obs. XXX). Dans

7 autres cas dont les observations ne sont pas rapportées, absence totale de signes semblables.

Les réflexes pupillaires nous ont toujours paru normaux ; ils n'étaient altérés chez aucun de nos malades. Aussi doit-on dire qu'il n'y a pas concordance entre l'état des divers réflexes pupillaires, muqueux (nous avons vu la fréquence de leur altération) et tendineux ou cutanés dans l'affection qui nous occupe.

Enfin l'hippus est-il de règle au cours de la chorée et peut-on tirer profit de ce symptôme pour le diagnostic différentiel ?

Avec Fuchs, nous ferons remarquer combien il est difficile de préciser les limites entre les mouvements pupillaires pathologiques et physiologiques. En effet la pupille, à l'état normal, n'est jamais entièrement au repos et nombre d'auteurs révoquent l'authenticité de l'hippus pathologique.

D'autre part, la recherche d'un tel symptôme est très délicate chez les choréiques en général et particulièrement chez ceux dont les muscles des globes oculaires sont le siège de folie musculaire. Les mouvements de la tête, lorsque la chorée atteint la face, les mouvements des yeux empêchent le malade de fixer un foyer lumineux, la volonté n'ayant pas prise sur l'incoordination motrice.

Aussi, croyons-nous, ce n'est pas précisément l'hippus que nous rencontrerons le plus souvent au cours de la chorée, mais ces alternatives de contraction et de dilatation de la pupille en rapport avec la

contraction du muscle accommodateur, nécessaire pour la vision des objets situés à des distances variables dans le champ visuel et que fixe successivement l'œil choréique.

Même en admettant qu'il soit facile de distinguer l'hippus vrai de l'hippus physiologique, il n'est point prouvé que, dans la danse de Saint-Guy, le premier soit aussi fréquent que les constatations de M. Cruchet l'attestent.

Sur 20 cas, dont les observations sont à la fin de ce travail, nous ne l'avons trouvé que 3 fois (obs. XVIII, obs. XXV, obs. XXX), et à un faible degré.

Chez 7 autres choréiques, nous avons recherché les signes pupillaires sans constater d'hippus.

En somme, sur 27 cas, l'hippus est présent 3 fois. Par conséquent, sans nier la présence de ce symptôme au cours de la danse de Saint-Guy, il est permis de contester sa valeur séméiologique, d'autant plus qu'on peut le trouver, d'après M. Cruchet lui-même, au cours d'affections se rapprochant par plus d'un point de la chorée de Sydenham, mais en différant toutefois.

De la névrite optique

Nous arrivons maintenant à un trouble inflammatoire, la névrite optique, que nous aurions pu ranger à côté de l'iritis, mais dont nous avons préféré reporter l'étude à cette place, vu son importance secondaire dans la chorée.

Russel (1) a observé chez une hémichoréique de la diminution de l'acuité visuelle. Une parésie marquée, de l'abolition de la sensibilité générale, de la diminution des impressions auditives, gustatives, olfactives accompagnaient ce symptôme. Il n'y avait cependant pas de lésion décelable à l'ophtalmoscope ; le champ visuel était rétréci, et l'œil droit ne distinguait plus que le numéro 3 1/2 de l'échelle de Snellen. Tout disparut avec la chorée. Ce fait est d'une interprétation difficile.

L'embolie de l'artère centrale (2) de la rétine a été notée par Fitzgerald.

Germain Sée rapporte un cas de paralysie rétinienne chez une choréique. Faut-il penser à une névrite optique, nous ne le croyons pas. L'auteur s'empresse d'ajouter qu'il s'agissait d'une hystérique.

Bien autrement affirmatif est Bouchut : « D'après ce que j'ai vu à l'ophtalmoscope, dit-il, il y a pendant la vie, chez un grand nombre d'enfants, une hyperémie du nerf optique ou une névrite qui prouve que, derrière l'œil, le nerf optique, jusqu'à ses racines, et la moelle épinière sont dans le même état d'hyperémie.

« Par l'intermédiaire du grand sympathique qui prend ses racines dans la moelle, si ce cordon nerveux est malade, les phénomènes congestifs oculo-

---

1. Raymond. *Dict. de Dechambre.* Art. : Danse de Saint-Guy.
2. *Idem.*

pupillaires se manifestent, ce qui produit l'hyperémie et le gonflement de la papille, puis si cet état se prolonge il en résulte une véritable névrite. »

Il en conclut qu'il faut considérer la chorée comme une névrose congestive de la moelle épinière.

« Si la chorée est grave et ancienne, écrit-il encore, à propos du diagnostic, on trouve alors à l'ophtalmoscope, au fond de l'œil, les caractères d'une névrite optique. »

La pathogénie que donne cet auteur des troubles de la papille n'est plus satisfaisante à l'heure actuelle ; d'après lui, toutefois, une telle lésion est fréquente au cours de la chorée, elle est de règle dans les cas graves.

Nous avons recherché s'il était possible de vérifier, chez les malades que nous avons étudiés, les assertions de Bouchut. Sur 7 observations où le fond de l'œil fut examiné par un observateur sagace et expérimenté, 5 fois il était normal. Des symptômes, faisant soupçonner une lésion inflammatoire du nerf optique, n'existent dans aucun des autres cas. Deux fois seulement sur 7 il y avait quelques altérations du fond de l'œil : un croissant de Fuchs, d'origine congénitale, avec coude des vaisseaux de la papille, mais sans névrite optique, dans l'observation XXV ; une papille un peu grise dans l'observation XXVI, mais pas d'affirmation de lésion papillaire. Dans les 8 observations de Nicollet, même mutisme à cet égard, malgré l'examen spécial de l'œil.

Aussi est-il rationnel de conclure que la névrite

optique est l'exception au cours de la maladie de Sydenham. C'est d'ailleurs l'avis du spécialiste qui a bien voulu nous donner son opinion à ce sujet : M. le docteur Terrien.

Que dans les cas graves ou mortels, une lésion de la papille apparaisse, cela n'est pas impossible. Nous ne l'avons cependant pas vue nommée dans les relations de chorées graves que nous avons feuilletées ; mais, étant donné le rôle que joue, dans l'étiologie de la névrite optique, les maladies infecticuses, étant donné qu'elle a fréquemment pour cause des affections suppurées des méninges, que, dans sa pathogénie, intervient l'œdème cérébral, n'y a-t-il pas lieu de la considérer comme un symptôme lié à la congestion encéphalique, comme le signe d'une infection analogue à celle que MM. Lesné et Gaudeau (1) ont décrite à titre de complication de chorée ?

Nous proposerons donc de ranger la névrite optique parmi les manifestations surajoutées, sans relation étroite avec la danse de Saint-Guy, sous la dépendance d'une infection étrangère. Sur elle pourra se baser le diagnostic d'une maladie infectieuse associée.

Des vices de réfraction. — Des paralysies oculaires

Pour terminer cette étude, il ne nous reste plus qu'à nous occuper des troubles de la réfraction et de

1. Lesné et Gaudeau. *Société de Pédiâtrie*, mai 1905.

leur rôle dans la pathogénie des mouvements choréiques. Nous ajouterons à la fin de ce chapitre quelques mots sur les paralysies des muscles de l'œil dans les chorées paralytiques.

Stewens d'Albany, le premier, attira l'attention sur les troubles de réfraction et leur rôle étiologique dans la danse de Saint-Guy. Pour cet auteur, l'hypermétropie domine la pathogénie de la chorée. Il y a d'abord effort d'accommodation, asthénopie, puis la répétition de ces excitations périphériques retentit sur l'encéphale et l'individu devient choréique. Dès lors point n'est besoin de soumettre le malade à l'influence du bromure de potassium, du chloral, à la gymnastique, à l'hydrothérapie. La ténotomie, le port de lunettes appropriées résument tout le traitement de cette affection. Cette théorie, exposée à la New-York Neurological Society ne rallia que peu de partisans. D'ailleurs, sur cinq cas présentés par Stewens et traités selon sa méthode, un seul fut guéri. Ces résultats militent bien peu, par eux-mêmes, en faveur d'une telle opinion.

Sachs, d'autre part, dans le *Medical News* du 30 juillet 1904, s'élève à son tour contre cette hypothèse. Dans cet article sur les relations entre l'épilepsie, la chorée et autres troubles nerveux et les affections oculaires, il conclut que celles-ci n'ont généralement aucune part dans la pathogénie de l'épilepsie, de la chorée et du tic convulsif, qu'il faut se garder de leur attribuer, ainsi que le font certains

oculistes, un rôle démesuré dans la genèse de la plupart des maladies.

On ne comprend pas bien comment de simples troubles oculaires, portant sur la réfraction, pourraient occasionner une affection dont la gravité peut aller jusqu'à provoquer une issue fatale. D'aucune façon cette théorie ne peut expliquer des lésions telles que l'endocardite, la myocardite, la péricardite, le délire, la fièvre, les embolies cérébrales, un état de mal comme cela se voit dans la danse de Saint-Guy.

Réunissant en bloc les observations où l'œil fut examiné, nous trouvons : 1 fois de l'astigmatisme, (Obs. XXII), 1 fois de la myopie (Obs. IX), soit deux cas sur trente.

Il n'est pas prouvé de la moindre façon que ces troubles, dans les deux cas, aient joué un rôle dans l'apparition de la chorée ; dans l'observation XXII la maladie fit suite à une grande frayeur et cette cause morbide suffit à expliquer l'étiologie de l'incoordination motrice choréique. Quant à l'observation IX, la présence d'un souffle systolique permet de rejeter toute relation de cause à effet entre la myopie et les mouvements choréiques.

Une fréquence aussi restreinte vient encore à l'encontre des opinions de Stewens et ne justifie nullement ce que disent MM. Blocq et Grenet : que les troubles de la vision ne sont pas rares chez les choréiques et peuvent être considérés comme une cause accessoire, occasionnelle de la maladie.

Ainsi donc, on est loin de trouver cette relation étroite de cause à effet qui peut rattacher l'une à l'autre ces manifestations morbides et les faits sont loin de se soumettre à la Règle de Bâcon nécessaire à l'établissement du rapport de causalité : « Ablata causa, tollitur effectus. »

La musculature oculaire peut-elle être intéressée par la paralysie dans certaines formes de chorée ?

Avec M. P. Blocq, avec Michel (1), nous distinguerons les paralysies dans la chorée et la chorée molle. Dans le premier cas, il s'agit d'une parésie plus ou moins prononcée que l'on observe à peu près chez tous les choréiques : ces troubles précèdent, accompagnent ou suivent l'incoordination motrice, et sont toujours de faible intensité, ce sont des mono, hémi ou paraplégies fugaces.

Dans le second cas, l'impuissance motrice est intense, tout à fait complète. Son rôle devient d'autant plus prépondérant que les convulsions ne sont plus ou sont à peine manifestes. Elle débute insidieusement, pour arriver à la généralisation, affectant le type de la paralysie flasque des quatre membres, du cou, du larynx. Sa régression est lente.

Dans l'une comme dans l'autre de ces formes morbides, on n'a jamais décrit de troubles paralytiques de l'œil. Déjà Todd, en 1856, avait reconnu l'intégrité fréquente de la face et écrit que, si celle-ci

1. Michel. *Paralysies dans la chorée*. Thèse de Paris, 1903-1904.

était atteinte, elle l'était peu. C'était pour lui un caractère distinctif des paralysies choréiques.

Dans aucune des 57 observations de la thèse de Michel l'abolition de la motilité oculaire n'est signalée.

Nous sommes en droit, semble-t-il, d'émettre la proposition suivante : Les paralysies oculaires sont exceptionnelles aussi bien au cours des chorées avec manifestations paralytiques qu'au cours des chorées molles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cas de fièvre rhumatismale compliquée de chorée, iritis et endocardite ; guérison, par Fr. C. Förster (*Brit. méd. journal*, 7 mars 1903).

Une fille de douze ans et demi se plaint, dans l'été de 1901, de mal de gorge avec légères douleurs dans le genou droit et le tibia de ce côté. Pas de gonflement ni de symptômes inflammatoires. Amygdales enflammées, gorge congestionnée, langue saburrale, pouls : 90, température : 37°5.

Le médecin prescrit le repos au lit, la diète lactée, un purgatif salin, le salicylate de soude (0 gr. 50 toutes les quatre heures).

Le lendemain le genou droit est plus gonflé et enflammé, ainsi que le coude droit et la cheville gauche ; le pouls est à 120, la température : 38°5. La fièvre rhumatismale persiste en s'accentuant pendant huit jours, les deux épaules se prennent.

Après quinze jours, la fièvre est tombée et les arthrites ont disparu, pouls : 80, cœur en bon état. Trois jours plus tard, la langue est tremblante, les membres sont animés de mouvements choréiques. La chorée se prolonge et se généralise pendant quatre semaines. Au moment où elle décroît,

l'enfant se plaint *d'une douleur* comme un coup d'aiguille dans l'œil droit et de l'*impossibilité de voir clair*. C'était le point de départ d'une attaque d'*iritis aiguë rhumatismale* et qui rappelait cette variété par l'*intensité de la congestion, de la douleur* et de la *photophobie*. Pendant quelque temps, la malade fut très mal et une lésion cardiaque se déclara (souffle systolique à la pointe) avec signe de dilatation cardiaque : abaissement de la pointe, cyanose, œdème.

Cependant l'enfant survécut et put aller passer l'hiver dans le sud de l'Angleterre. Elle en revint dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION II (Résumée)

(Empruntée à la thèse de Nicollet.)

P... Eugénie, douze ans et demi, entrée à la Charité de Lyon, le 15 octobre 1900.

Dans ses antécédents héréditaires, un père mort de cardiopathie et six frères ou sœurs morts en bas âge sur neuf enfants.

Dans ses antécédents personnels à noter la variole, la coqueluche, la varicelle, la scarlatine, des affections indéterminées des yeux, des troubles psychiques en 1899 à la suite de frayeur.

9 février 1899. — Zona du plexus cervical. Guérison quinze jours après. Première attaque de chorée en avril 1899, deuxième attaque en octobre 1900 localisée au membre supérieur gauche.

Réflexe tendineux : rotulien normal, un peu brusque.

Celui de l'avant-bras: normal à droite un peu exagéré ; lent à gauche, se prolongeant en une assez longue onde musculaire.

Le tricipital est lent à gauche, normal à droite.

Le massétérin est normal.

Réflexes cutanés : plantaire très faible, abdominal normal.

Réflexe muqueux conjonctival : normal des deux côtés.

Réflexe muqueux cornéen : nullement altéré.

Réflexe muqueux pharyngien : normal.

Réflexes pupillaires : les pupilles sont égales et réagissent normalement aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation.

Pas d'altération de la sensibilité.

Pas de zones d'hyperesthésie. Pas de lésions des organes splanchniques.

OBSERVATION II (Résumée)

(Même source.)

D... Marie, domestique, seize ans, entrée à l'hôpital le 29 août 1900.

Elle a dans ses antécédents un père nerveux et une mère nerveuse, deux sœurs et un frère bien portants. La mère a fait une fausse couche de huit mois.

Dans ses antécédents personnels à noter : qu'elle a marché à quatorze mois, parlé à deux ans et demi. Enurèse nocturne qui a disparu de bonne heure. Premières règles à treize ans, pas de rhumatismes, conjonctivites, rougeole le 13 août 1900. Elle a toujours été très timorée : peur irraisonnée, rêves nocturnes.

Les mouvements choréiques ont débuté dans les premiers jours d'août pendant la convalescence de la rougeole. La chorée est légère : maladresse du bras droit, mouvements arythmiques du bras droit, du membre inférieur droit, de la moitié droite de la face. Gêne dans l'articulation des mots. Changement de caractère.

Au dynamomètre, 50 à gauche, 70 à droite, pour les membres supérieurs.

La sensibilité cutanée est normale aux trois modes.

Les réflexes tendineux : le rotulien est faible, surtout à droite se produisant irrégulièrement.

. Ceux du bras et de l'avant-bras sont normaux des deux côtés.

Le massetérin est normal.

Le réflexe cutané plantaire est très marqué à droite, peu marqué à gauche.

Le réflexe muqueux conjonctival est normal.

Le réflexe cornéen est normal.

Le réflexe pharyngien est subnormal.

Pas de trépidation épileptoïde, pas de phénomène du genou, pas de zones hystérogènes à proprement parler. Un peu d'hypéresthésie des deux zones ovariennes et de la zone mammaire droite.

Pas de troubles trophiques.

Organes des sens :

I. — *Œil* : Musculature normale, instabilité des globes oculaires.

Les pupilles sont normales et égales, les réflexes normaux.

Acuité visuelle : 2/3.

Champ visuel normal.

Pas de diplopie.

II. — Oreille : Acuité normale.

III. — Goût : Le sucre est salé.

IV. — Odorat normal.

Troubles psychiques : Parole peu altérée, mémoire diminuée, attention diminuée ; association des idées moins rapide. Pas de troubles sphinctériens.

Rien aux poumons, rien au cœur, ni au foie ni à la rate.

Les muqueuses sont légèrement décolorées. Pas de souffles aux vaisseaux du cou. Urines normales.

OBSERVATION IV (résumée)

(Empruntée à la thèse de Nicollet)

P... Francia, huit ans et demi, entrée à la Charité de Lyon le 3 octobre 1900.

Antecedents héréditaires. — Père en bonne santé, mère bien portante, mais qui a été anémique dans sa jeunesse, et aurait eu une pleurésie sèche.

Six enfants : dont la malade, un mort à neuf mois, trois bien portants, un atteint de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Rougeole à six mois, coqueluche à trois ans et demi, scarlatine en décembre 1899.

En août 1900 : céphalée, gastralgie, pas de douleurs rhumatismales. Depuis un certain temps elle est maladroite ; les mouvements choréiques remontent à huit jours, sont localisés aux membres supérieurs et à la face ; agitation incessante des bras et des mains, gêne pour boire et manger ; maladresse manuelle, mobilité des traits, tiraillements des

commissures labiales, mouvements involontaires de la langue, gêne de la parole, *mobilité excessive des globes oculaires*, pas de nystagmus véritable.

Troubles du caractère : Mémoire paresseuse, inattention, caprices.

Sensibilité cutanée normale à la température et au contact, exagérée à la piqûre des deux côtés.

Réflexes I : 1° Rotulien : exagéré des deux côtés, très brusque ;

2° Tricipital : un peu faible.

3° Avant-bras : un peu lent à gauche.

4° Massetérin : normal.

II. Cutanés. α) Plantaire nul ;

β) Abdominal un peu exagéré.

Parmi les réflexes muqueux : *Le conjonctival est pares seux.*

Le cornéen subnormal.

Le *réflexe pharyngien normal.*

Les pupilles sont *un peu dilatées, égales des deux côtés, réagissant lentement à l'accommodation et à la lumière.*

Rien aux organes splanchniques.

OBSERVATION V (Résumée)

(Empruntée à la thèse de Nicollet.)

B... Jeanne, hospice de la Charité de Lyon.

Il s'agit d'une hémichorée siégeant au bras droit : flexion des doigts, flexion et adduction de la main sur l'avant-bras, avec des mouvements de rotation en dehors, puis exten-

sion des doigts, mouvements d'abduction du pouce, haussements d'épaule contraction des muscles de la face du côté correspondant, c'est-à-dire à droite. La volonté peut suspendre tous ces mouvements.

La force musculaire du bras droit est moins considérable que celle du bras gauche.

La sensibilité cutanée est normale aux trois points de vue, mais plus paresseuse à droite. De ce côté la réaction à la douleur est moins vive, le sens stéréognostique moins développé.

Maladresse du bras droit et impossibilité de s'en servir pour manger ou boire.

L'hémichorée atteint aussi le membre inférieur droit, mais moins accentuée qu'au membre supérieur : flexion, extension des orteils, extension, flexion, adduction du pied sur la jambe ; même influence de la volonté sur ces mouvements qu'au membre supérieur.

Sensibilité un peu paresseuse du membre inférieur droit, pas d'anesthésie. Au membre inférieur gauche la sensibilité est plutôt exagérée.

Réflexes cutanés : 1° plantaire, un peu paresseux à droite, à gauche sensibilité plutôt exagérée ; si on le provoque, on a une violente extension du pied sur la jambe, avec secousses ressemblant à celles de la trépidation épileptoïde. Celle-ci n'existe ni à droite ni à gauche.

2° Abdominal, existe.

Réflexes tendineux : ceux du membre supérieur, paresseux à droite, moins brusques qu'à gauche ; le rotulien semble exagéré des deux côtés ; réflexe massétérin normal.

Réflexes muqueux : le réflexe *conjonctival est un peu paresseux ;* le réflexe *cornéen, normal des deux côtés.*

Le réflexe *pharyngien est très prononcé*, aussi bien à droite qu'à gauche.

Sensibilité générale un peu exagérée. Un certain degré d'hyperesthésie à gauche.

Pas de zones hystérogènes.

Troubles trophiques : néant.

Organes des sens :

I. — Œil : musculature normale. Pas de nystagmus. — Les *pupilles sont égales des deux côtés, un peu dilatées.* — *Réflexe pupillaire : normal.*

Acuité visuelle : normale.

Champ visuel: normal et égal à droite et à gauche

Pas de diplopie, pas de dyschromatopsie.

II. — Oreille : rien à signaler.

III. — Goût : bien conservé.

IV. — Odorat : non modifié.

Du côté de l'état psychique : mémoire un peu paresseuse, l'attention est facilement soutenue.

Rêves nocturnes avec paroles.

Pas de stigmates de dégénérescence.

19 septembre. — Attaque de pneumonie d'évolution courte (trois jours), défervescence du 22 au 26.

9 octobre. — Les mouvements choréiques semblent avoir disparu.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Empruntée à la thèse précitée.)

Catherine G..., quatorze ans.

Hémichorée intéressant le bras, la jambe et la face : mou -

vements divers de flexion, extension, adduction du pied, de la jambe, mouvements de rétraction et de projection de l'abdomen, flexion des doigts, projection de la main, mouvements de l'épaule, mouvements latéraux de la tête, mouvements de la face ; la commissure labiale droite est tirée en bas et en arrière ; mouvements de succion, mouvements de la langue ; cette incoordination augmente à l'occasion des actes volontaires.

Trouble de la marche. Diminution de la force musculaire du bras droit.

La sensibilité au contact est normale des deux côtés.

Réflexes tendineux :

1° Rotulien, normal à gauche, diminué d'amplitude à droite ;

2 L'achilléen et ceux du bras et de l'avant-bras diminués des deux côtés ;

3° Le massétérin est un peu lent.

Réflexes cutanés :

1° Plantaire, paresseux à gauche, plus encore à droite ;

2° Abdominal, nul à gauche, faible à droite.

Reflexes muqueux : le *reflexe muqueux conjonctival est normal des deux côtés.*

Le pharyngien, très développé.

Trépidation épileptoïde : absente.

Sens stéréognostique : bien conservé.

Zones hystérogènes. — La pression au niveau de la région ovarienne droite semble douloureuse, ce n'est pas à proprement parler une zone hystérogène. La pression en ce point ne produit pas de réaction, et ne semble pas modifier les mouvements choréiques. Pas de points rachidiens ni sincipital.

Pas de troubles trophiques.

Organes des sens :

a) *Œil.* — Musculature normale. Pas de nystagmus. Grande mobilité des globes oculaires.

Pupilles égales et de dimensions normales des deux côtés.

Réflexe pupillaire normal des deux côtés.

Acuité visuelle : normale.

Champ visuel : égal et normal à droite et à gauche.

Pas de diplopie, pas de dyschromatopsie.

b) *Oreille.* — Acuité bien conservée.

c) *Goût.* — Non perverti.

d) *Odorat.* — Normal.

Troubles psychiques :

La parole est gênée par les mouvements de la langue « bruit de cocher ».

La mémoire bien conservée.

L'attention assez bien soutenue.

L'association des idées non troublée.

Rêves ambulatoires, avec réveil brusque, en sursaut, et cris.

Le caractère est assez doux, quelques mouvements d'impatience.

Pas de troubles sphinctériens.

Rien au cœur, un peu d'anémie, urines normales, température régulière, normale.

Le malade fut traité par une série de beurres arsenicaux.

5 octobre. — Les mouvements involontaires ont bien diminué depuis dix jours.

6 octobre. — Le réflexe rotulien droit est devenu brusque, de lent qu'il était.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Empruntée à la même source.)

P... Marthe, sept ans et demi.

La chorée est généralisée. Les pieds, les jambes, les cuisses, l'abdomen même, les mains, les bras, les avant-bras, l'épaule sont le siège de mouvements incoordonnés. La tête elle-même est le siège de mouvements de flexion et de rotation du côté opposé aux mouvements alternatifs des épaules.

A la face, les commissures labiales sont attirées en haut.

Les efforts de volonté de la malade arrivent à restreindre cette incoordination sans la réfréner complètement.

La sensibilité est normale des deux côtés.

Les réflexes cutanés plantaires sont un peu paresseux de chaque côté ; pas de Babinski.

Le réflexe abdominal très prononcé.

Les réflexes tendineux rotuliens moyens des deux côtés et même un peu paresseux.

Pas de phénomène du genou ni de trépidationé pileptoïde ; les réflexes tendineux du bras et de l'avant-bras sont un peu diminués, mais difficiles à obtenir.

Le réflexe massétérin à peu près normal, faible cependant.

Le réflexe muqueux conjonctival est normal.

Le réflexe cornéen est normal des deux côtés.

Le réflexe pharyngien est paresseux des deux côtés ; pas de trouble de la déglutition.

Pas de zones hystérogènes, pas de points dont la pression amène la cessation des mouvements choréiques.

Pas de troubles trophiques.

Organes des sens :

I. — Œil : musculature normale.

Pas de nystagmus.

Les *pupilles sont égales des deux côtés, un peu dilatées; réflexe pupillaire égal des deux côtés, un peu paresseux néanmoins ;* pas d'Argyll Robertson.

Acuité visuelle normale ; pour lire les lettres ordinaires l'enfant tient le texte à 30 centimètres au moins.

Pas de diplopie, pas de *dyschromatopsie*.

II. — Oreille : Rien à signaler.

III. — Goût : normal.

IV. — Odorat : bien développé.

Troubles psychiques.

La parole est hésitante,

La mémoire est intacte,

L'attention bien soutenue,

L'association des idées n'est jamais en défaut.

Rêves avec paroles.

Le caractère n'est pas modifié.

Pas de stigmates de dégénérescence,

Pas de troubles sphinctériens,

Pas de troubles des organes splanchniques.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Même source que la précédente.)

C... Marie, couturière, vingt ans, née à Oullins.

Chorée grave, ayant débuté par une douleur dans l'épaule gauche, puis dans l'épaule droite, les genoux, le cou-de-pied, les doigts, délire faisant suite à de la céphalée frontale, enfin apparition des mouvements choréiques arythmiques à la face, à la langue, aux membres.

A cela s'ajoutent *des crises de nerfs;* mouvements convulsifs avec cris, grincements de dents, sans écume aux lèvres, ni morsure de la langue, ni incontinence d'urines ; pas de perte de connaissance, terminaison par des pleurs.

La sensibilité est diminuée d'une manière générale.

Le réflexe muqueux conjonctival est conservé mais faible.

Le réflexe cornéen est normal.

Le réflexe pharyngien est faible.

Zones hystérogènes. — Hyperesthésie très marquée, ovarienne et mammaire.

Pas de troubles trophiques.

Les organes des sens n'offrent rien de particulier.

Rien aux organes splanchniques. La parole est gênée, la malade ne donne pas de réponse.

Le traitement se résume en extrait thébaïque, chloral, puis cacodylate de soude en injections.

Guérison le 4 novembre 1906, deux mois après son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Même source.)

V... Louise, quinze ans et demi, entrée à l'hôpital le 11 août 1900.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère bien portante. Huit frères et sœurs dont quatre morts (deux mort-nés, fœtus de sept mois).

Antécédents personnels. — Née à terme, elle marche à un an et demi.

Premières règles à treize ans. Convulsions de un à trois ans à dix reprises ; rougeole à sept ans ; scarlatine à treize ans, pas de rhumatisme.

Impressionnable. Jamais de crises, jamais de sensation de boule. Jamais de terreurs nocturnes. Délire pendant la scarlatine.

Depuis trois mois, changement dans le caractère de l'enfant, faiblesse progressive de la jambe et du bras gauche, puis insensiblement dans ces deux membres elle fut prise de mouvements incoordonnés.

14 juillet 1900. — Sans autre cause que l'ablation d'une dent, aux dires du père, crise de rire, puis crise de larmes, délire enfin.

Les membres, la tête, la face sont agités de mouvements.

La parole est gênée, la langue fait entendre des claquements et des bruits de succion. Grandes inspirations pendant la phonation.

La *sensibilité cutanée est diminuée* dans son ensemble surtout au niveau des deux avant-bras pour la piqûre et le tact. La sensibilité à la chaleur et au froid est à peu près normale.

Réflexes :

a) Tendineux rotuliens normaux, ainsi que les réflexes du bras et de l'avant-bras et le massétérin.

b) Le réflexe cutané plantaire aboli des deux côtés.

Le réflexe abdominal semble normal.

c) Le *réflexe muqueux conjonctival est diminué.*

Le réflexe cornéen paraît normal.

Le pharyngien est très diminué.

Zones hystérogènes. — Très marquées, surtout une zone ovarienne gauche, deux zones mammaires et sus-épineuses.

Pas de troubles trophiques.

Organes des sens :

Œil. — Musculature normale, pas de nystagmus malgré une grande mobilité des globes oculaires.

Pupilles égales.

Réflexes pupillaires normaux.

Le réflexe lumineux est paresseux à gauche.

Acuité visuelle. — 1/6. Myopie accentuée.

Le champ visuel, non déterminé.

Troubles psychiques :

Parole gênée,

Mémoire non diminuée,

L'attention diminuée, mobilité de caractère.

Pas de troubles sphinctériens.

Auscultation du cœur. — Souffle systolique rude à la pointe se propageant dans l'aisselle : il ne s'exagère pas dans

la position d'Azoulay ; tachycardie, 130 pulsations dans la position horizontale, 140 dans la position d'Azoulay.

Bruits éclatants surtout à l'orifice pulmonaire.

Dans les urines, très peu d'albumine.

Le traitement consiste en topiques sur la région précordiale, en cacodylate de soude par la voie hypodermique dès le 22 septembre.

8 octobre. — La malade sort guérie.

OBSERVATION X (1)

Jeanne V..., quatorze ans est demi, entrée le 21 juillet 1907 à la salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de cœur. La mère est bien portante.

Antécédents peronnels. — Cet enfant est née à terme et fut nourrie au sein par sa mère, elle eut la rougeole à deux ans, la varicelle à quatre ans, mais jamais d'arthropathies.

Depuis quinze jours, elle présente des mouvements incohérents de tout le corps.

Etat actuel. — Chorée de moyenne intensité. Le cœur est indemne.

Les réflexes sont un peu diminués.

Le signe de Babinski est en flexion.

Il existe *de l'anesthésie cornéenne.*

Il n'y a pas de fièvre.

---

1. Les observations qui suivent sont dues en presque totalité à l'obligeance de M. le Dr Babonneix.

OBSERVATION X

Jeanne B..., onze ans, entrée le 1er juillet 1907 à la salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Le père est alcoolique, mais jouit d'une bonne santé. La mère se porte bien. Trois frères et sœurs bien portants mais excessivement nerveux.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein, elle eut à trois mois des accidents de méningisme, à huit mois la coqueluche, puis la rougeole. C'est une enfant très susceptible, pleurant et riant pour des futilités.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, les parents remarquèrent que le bras gauche de l'enfant était inhabile, et qu'elle ne s'en servait plus, le maintenant pour empêcher les mouvements incoordonnés de se produire. L'enfant prit des douches pendant deux mois et du bromure de potassium pendant huit jours, et guérit.

Les mouvements choréiques ont réapparu depuis trois semaines sans cause appréciable, et se sont généralisés à tout le corps.

Etat actuel. — Les troubles moteurs prédominent au niveau des membres supérieurs ; les membres inférieurs et la face sont à peu près indemnes ; l'incoordination motrice ne persiste pas pendant la nuit.

Les mouvements ont tous les caractères des mouvements choréiques, irréguliers, imprévus. La marche n'est pas troublée. Au cœur rien d'anormal. Pas de fièvre. La sensibilité paraît conservée, il n'y a pas d'hémianesthésie. On note

cependant *de l'anesthésie cornéenne*, mais aucune zone hystérogène ovarienne.

Les réflexes tendineux sont normaux. Le signe de Babinski est douteux.

L'enfant est très émotive.

OBSERVATION XII

Henriette B..., douze ans et demi, entrée le 27 mai 1907 à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu une maladie nerveuse à la suite d'un accident. Sa mère est bien portante, la grand'mère aurait eu de l'exophtalmie. Elle a six frères et sœurs.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein, puis au biberon, elle eut une rougeole à sept mois, du rhumatisme à onze ans. C'est une enfant très impressionnable.

Histoire de la maladie. — A la suite d'une réprimande, l'enfant est prise de mouvements nerveux des bras, des mains et de la langue. Ces mouvements s'accentuent pendant trois ou quatre jours, puis diminuent.

Un médecin appelé ordonne des lotions froides, du bromure et de l'antipyrine.

Etat actuel. — L'enfant ne peut marcher, et arrive à l'hôpital en voiture d'ambulance.

Chorée intense, et généralisée.

Les réflexes tendineux paraissent normaux, mais leur recherche est difficile.

Le signe de Babinski n'existe pas.

Il y a *une anesthésie conjonctivale complète* et de *l'anesthésie pharyngienne*.

Pas de douleurs articulaires.

Au cœur on note de l'éréthisme et un souffle au premier temps, à la pointe, souffle rude, râpeux, systolique, se propageant dans l'aisselle.

OBSERVATION XIII

Pierre R...., âgé de quatorze ans, entré le 6 juillet 1908 à la salle Bouchut (lit n° 18).

Il fut amené à l'hôpital pour des mouvements incoordonnés du bras et de la jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort d'une affection causée par un refroidissement ; il était très nerveux.

La mère est très nerveuse (probablement hystérique), a des étouffements ; la grand'mère est morphinomane.

Il y a eu deux autres enfants : l'un est mort à trois mois de méningite, l'autre à deux mois de convulsions.

Antécédents personnels. — Cet enfant, né à terme, après un accouchement normal, fut élevé au biberon. On ignore à quel âge il eut ses premières dents. Ses premiers pas furent faits à quinze mois. A trois ans il eut une coqueluche, une rougeole à quatre ans.

Une première attaque de chorée, soignée aux Enfants-Malades, survint il y a quatre ans. Depuis, chaque année, en été, pendant trois semaines ou un mois, il a des mouvements choréiformes. Ces mouvements ont toujours été plus accen-

tués à droite qu'à gauche. Il n'a jamais eu de rhumatisme. L'enfant est facilement essoufflé.

Examen somatique. — Son aspect est celui d'un enfant robuste.

L'incoordination motrice occupe les deux membres droits. Le sternum est projeté en avant et le thorax, un peu étroit. Genu valgum, surtout à droite, oreilles malformées.

Il n'y a pas de ganglions ; le foie et la rate sont normaux, de même que les poumons.

Le cœur a sa pointe abaissée : le premier bruit est râpeux, le second nettement dédoublé ; à la pointe on perçoit un souffle diastolique.

Pas d'albuminurie.

Les réflexes rotuliens sont vifs.

Le signe de Babinski n'existe pas.

On *note de l'anesthésie conjonctivale et pharyngée.*

OBSERVATION XIV

Marie M..., treize ans, entrée le 7 janvier 1907 à l'hôpital pour la seconde fois.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. Elle a cinq frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein, elle eut la rougeole et la coqueluche.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois l'enfant est devenue maladroite, laissant tomber tout ce qu'elle tenait ; elle était agitée, avait des mouvements désordonnés. Elle entre une première fois à l'hôpital, y est soignée pendant un mois, puis sort guérie.

Au mois de décembre 1906, la maladie récidive avec les mêmes symptômes. Ces troubles nerveux ne cédant pas, la mère ramène l'enfant à l'hôpital.

Etat actuel. — Les membres supérieurs et inférieurs sont le siège de mouvements désordonnés, illogiques.

Le cœur présente, à l'auscultation, un souffle à la base, souffle variable. Il existe quelques irrégularités du rythme.

Le pouls est régulier. Pas de douleurs articulaires.

Les réflexes sont impossibles à rechercher, à cause de l'agitation.

Le signe de Babinski est en flexion des deux côtés.

La sensibilité générale est normale. Il n'y a pas de point ovarien.

Toutefois il y *a de l'anesthésie cornéenne* ; mais le *reflexe pharyngien est conservé.*

Il n'y a pas d'inégalité pupillaire.

Le traitement se résume en liqueur de Boudin.

OBSERVATION XV

C..., âgé de dix ans, entré le 25 mai 1908 à la salle Bouchut, lit n° 2.

L'enfant est amené à l'hôpital parce qu'il a de petits mouvements convulsifs généralisés. Ces mouvements sont plus manifestes au membre supérieur gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père, bacillaire, est mort depuis quatre mois. La mère est en bonne santé, mais a eu la chorée à l'âge de sept ans et demi. Trois autres enfants plus jeunes et bien portants forment la famille. La mère n'a pas eu de fausse couche.

Antécédents personnels. — Cet enfant est né à terme après une grossesse normale. Nourri au sein jusqu'à quinze mois, il a commencé à marcher à un an et demi, a eu la rougeole à trois ans et demi, mais jamais de convulsions ni de rhumatisme. La maladie actuelle a débuté, il y a deux mois, par l'apparition de petits mouvements convulsifs, incoordonnés, qui se sont localisés, au début, aux mains ; ces mouvements empêchaient l'enfant d'écrire.

Ils se sont étendus à la face et actuellement ils se produisent sans aucun ordre, sans aucun rythme.

De plus l'enfant a changé de caractère depuis deux mois ; il est beaucoup plus irascible.

A l'examen somatique, cet enfant présente quelques stigmates de dégénérescence ; il a, en particulier, des oreilles grandes, grossièrement attachées et décollées.

Les mouvements choréiques sont incoordonnés, irréguliers, siègent sur les différents segments du corps mais n'empêchent pas la marche : ils gênent cependant un peu les actes effectués par les membres supérieurs.

Il n'existe pas de signes pupillaires.

Il y a de l'anesthésie conjonctivale.

Pas de paralysie, le signe de Babinski n'existe pas.

La sensibilité est exagérée, les réflexes rotuliens sont normaux.

Auscultation. — Les poumons présentent en arrière et à droite une respiration soufflante.

En avant et à droite, l'inspiration est dissemblable de celle du côté gauche.

Le cœur n'est pas augmenté de volume.

Il bat dans le quatrième espace en dedans du mamelon. Pas de frémissement à la palpation.

L'auscultation du cœur permet de noter un souffle siégeant au-dessus et au dedans de la pointe, souffle mésosytolique ne se propageant pas dans l'aisselle, et variant avec la position du malade.

Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre.

26 mai 1908. — Un nouvel examen de l'enfant fait voir des ganglions aux aines. Une respiration soufflante au sommet droit, mais aucune lésion caractérisée du cœur.

5 juin. — On constate le signe de Babinski en flexion, le réflexe rotulien affaibli surtout à droite, mais nettement apparent. Le réflexe abdominal est normal.

L'*anesthésie cornéenne* et l'*anesthésie pharyngienne sont nettes.*

OBSERVATION XVI

Yvonne C.... onze ans, entrée le 11 novembre 1906 à la salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Trois autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein jusqu'à quatorze mois, elle eut la rougeole à cinq ans, la coqueluche à cinq ans. Pas d'autres maladies. N'a jamais eu de douleurs articulaires.

Pas de stigmates d'hérédo-syphilis, ni de rachitisme.

Histoire de la maladie. — Au mois de juillet dernier, l'enfant fut prise de vomissements, d'un peu de fièvre, et a dû

garder le lit pendant quatorze jours. Quelques jours après, la mère remarque quelques mouvements choréiques.

Ces mouvements sont devenus plus forts depuis un mois. L'enfant d'ailleurs a toujours été nerveuse.

Etat actuel. — La fillette est bien développée, de constitution assez robuste. Son caractère est facile.

Au repos la chorée est légère ; mais les mouvements sont incessants et irréguliers, arythmiques, étendus à tout le corps.

A la tête se succèdent des mouvements de rotation, d'extension, de flexion sur le cou.

Grimaces des yeux, de la bouche et du nez.

Aux membres supérieurs, il y a des mouvements d'épaules, des mouvements de flexion et d'extension des avant-bras sur les bras, avec flexion et extension des doigts.

Les membres inférieurs sont peu atteints, sauf les orteils, surtout à gauche. La marche est facile.

Pas de paralysie ni d'atrophie musculaire, pas de contraction fibrillaire.

Troubles sensitifs — Ces troubles sont nuls, il n'existe pas d'hyperesthésie cutanée.

Les yeux ne présentent aucun trouble, sauf de l'anesthésie cornéenne. Il y a aussi de l'anesthésie pharyngée.

Le cœur fait entendre au-dessus et en dedans de la pointe, un léger souffle mésosystolique et très variable. Ce rythme cardiaque est bon. Le pouls est à 88, régulier. Pas de fièvre. Le traitement consiste en liqueur de Boudin.

OBSERVATION XVII

(Rousseau — Thèse de Bordeaux, 1895-1896.)

Eugénie M..., neuf ans, entrée le 16 juillet 1891, salle Blache, nº 28, service du Dr Cadet de Gassicourt, à Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, caractère emporté, a eu une atteinte de rhumatisme. Mère très colérique, non rhumatisante, a eu six enfants, trois sont morts (deux de convulsions, le troisième de coqueluche). Grands-parents maternels bien portants, non rhumatisants.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein, n'a marché qu'à quinze mois. Rougeole à sept ans, coqueluche à huit ans. La chorée débute, sans cause, il y a quinze jours et s'aggrave depuis quatre jours. Le caractère avait changé depuis trois mois, était devenu mauvais et méchant. L'enfant était boudeuse, répondait quand on la réprimandait ; triste et morose, elle refusait de jouer et perdait son entrain. Ses sentiments affectifs envers ses frères et sœurs disparaissaient. Elle les repoussait, les rudoyait, les battait même et abusait de son âge pour les brutaliser, elle qui, auparavant, était douce, gentille, aimant ses frères.

Ces désordres psychiques augmentèrent au fur et à mesure que la chorée approchait. Quand elle disparut, ils semblèrent s'atténuer, mais persistèrent encore. La parole est embarrassée depuis quatre ou cinq jours par une chorée linguale.

Sensibilité et réflexes normaux.

Chorée irienne accusée.

OBSERVATION XVIII

Henriette B..., âgée de cinq ans et demi.

Vulvite il y a un an. Depuis un mois elle ressent des douleurs articulaires surtout aux poignets.

Chorée généralisée de moyenne intensité.

Souffle mésosystolique à la pointe, piaulant.

Il existe un peu d'hippus. Pas de troubles de la sensibilité.

Les réflexes sont un peu vifs.

L'examen des urines est négatif ; pas d'albumine. Elle est traitée par le bromure de potassium (o gr. 5o par année d'âge).

OBSERVATION XIX

Berthe D..., neuf ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, quarante-deux ans, tousse beaucoup, l'hiver surtout. La mère, trente-six ans, bien portante, un frère, six ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon, elle eut la rougeole à trois ans, de l'entérite.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, douleurs dans le ventre et les reins, puis douleurs dans les jambes et dans toutes les articulations qui sont devenues très douloureuses.

A la suite de cette attaque de rhumatisme, survinrent des mouvements choréiques généralisés et très intenses.

Au cœur on trouve un souffle piaulant, systolique, intense,

se propageant dans l'aisselle, signe caractéristique d'une insuffisance mitrale.

Pas de fièvre, pas de signes d'hérédo-syphilis, pas d'adénopathie trachéo-bronchique, mais respiration rude.

La sensibilité générale est normale.

Il existe de *l'anesthésie conjonctivale* et de *l'anesthésie pharyngée*. On note de *la mydriase*.

Les réflexes sont affaiblis.

Le signe de Babinski est normal.

OBSERVATION XX

Marcelle P..., âgée de douze ans, entrée le 8 juillet 1907, salle Parrot, lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Le père, cocher, est bien portant, mais alcoolique invétéré.

La mère est ménagère, faible de constitution, sujette aux bronchites.

Il y a eu neuf enfants dans la famille.

Il en reste huit vivants et bien portants, un est mort de convulsions et fluxion de poitrine à quinze mois.

Antécédents personnels. — Cette enfant est née à terme et fut nourrie au biberon. Elle commence à marcher à vingt mois, son intelligence est normale.

Elle eut la rougeole à trois ans.

Histoire de la maladie. — Depuis dix jours, elle est maladroite et se plaint de fatigue et de douleurs aux jambes.

Elle a des mouvements incoordonnés.

C'est une chorée de moyenne intensité.

Le cœur est normal.

Les réflexes tendineux sont assez vifs. — Le signe de Babinski n'existe pas.

Il est à noter : *une anesthésie conjonctivale et une anesthésie pharyngée.*

Il y a de la mydriase.

Il n'y a pas d'hippus.

On ne note aucun stigmate d'hystérie, pas de zones ovariennes.

Le traitement se résume en liqueur de Boudin à doses croissantes.

A 16 grammes apparaissent des phénomènes d'intolérance.

OBSERVATION XXI

Charles F..., seize ans et demi, entre le 7 décembre 1906, salle Bouchut.

Antécédents héréditaires. — Sa mère, âgée de trente-cinq ans, a eu une chorée, à seize ans et demi ; soignée à dix-sept ans à la Salpêtrière par Charcot, elle reste deux mois à l'hôpital et sort guérie. A ce moment, elle est enceinte de deux mois du jeune malade qui entre dans le service.

Antécédents personnels. — Né à terme il fut nourri au biberon.

A sept mois il a des convulsions. Une scarlatine à douze ans.

Il n'a pas de stigmates d'hérédo-syphilis, ni de rachitisme.

Histoire de la maladie. — Le début en remonte à trois semaines environ. Les mouvements *choréiques ont com-*

mencé par le côté droit. L'enfant est très maladroit, arrache tout, ne peut rien tenir.

La parole est troublée. Il n'y a pas de paralysie.

Le cœur présente un souffle mésosystolique au niveau du deuxième espace intercostal gauche. Il n'y a pas de signes de péricardite.

Les *réflexes tendineux sont augmentés*.

Il existe de *l'anesthésie pharyngienne* et de *l'anesthésie cornéenne*.

Les yeux n'offrent de particulier *qu'une pupille droite un peu irrégulière*.

Les réflexes pupillaires sont normaux.

OBSERVATION XXII

D... Eugénie, âgée de huit ans, entrée le 20 janvier 1908, salle Parrot, lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler ; ses parents sont bien portants, il y a quatre autres enfants bien portants.

On amène l'enfant à l'hôpital pour des mouvements nerveux.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein jusqu'à vingt et un mois. Elle marche à quinze mois. Rougeole à six ans.

Il y a deux ans, à la suite d'une grande frayeur, l'enfant a eu de la chorée, qui fut soignée pendant trois mois à l'hôpital des Enfants-Malades. Elle en est sortie complètement guérie.

Il y a huit jours, récidive sans manifestation rhumatismale

C'est une enfant peu développée, avec de longs cils, recourbés. Elle présente une légère incurvation des tibias. On remarque des mouvements choréiques peu intenses mais généralisés. L'enfant peut marcher et manger seule.

Au cou, des ganglions durs, de même qu'aux aines. A l'aine droite, un ganglion assez volumineux dont la présence se justifie par une excoriation du genou droit. La langue est saburrale, l'haleine fétide, le ventre météorisé.

L'auscultation du cœur fait entendre un premier bruit mal frappé.

Œil : Il n'y a pas de lésions ophtalmoscopiques mais de *l'astigmatisme.*

OBSERVATION XXIII

Germaine D..., douze ans, entrée le 22 juillet 1907.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, la mère et trois enfants sont bien portants.

Antécédents personnels. — Cette enfant est née à terme et fut nourrie au sein. Elle eut une rougeole à deux ans, une angine pseudo-membraneuse à un an.

Depuis huit jours elle est prise de mouvements incohérents du côté gauche, sans cause apparente.

Etat actuel. — Les mouvements choréiques sont légers.

Le cœur présente, à l'auscultation, un souffle mésosystolique, doux, à l'orifice aortique.

Il n'y a pas de fièvre.

Pas de troubles trophiques.

Réflexes tendineux un peu vifs, plus à droite qu'à gauche.

Le signe de Babinski existe, en flexion, des deux côtés.

On trouve de *l'anesthésie conjonctivale* complète.

Il n'y *a pas d'anesthésie pharyngée*, le réflexe pharyngien persiste.

Pas de point ovarien.

Le *fond de l'œil est normal ;* les *réflexes pupillaires ne sont pas altérés*, il n'y *a aucun trouble pupillaire.*

OBSERVATION XXIV

Madeleine D..., âgée de onze ans, lit nº 3, entrée à la salle Parrot le 23 décembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante.

Père neurasthénique depuis cinq ans.

Il y a eu quatre enfants, dont deux morts de méningite.

La mère n'a pas fait de fausses couches.

Antécédents personnels. — Cette fillette de onze ans est atteinte de chorée depuis cinq jours, elle a marché à onze mois, a eu ses premières dents à un an, la rougeole à deux ans.

Les mouvements choréiques ont pour siège la jambe, le bras gauche et la face.

Le cœur présente un souffle systolique à la pointe, moins intense dans la position assise.

Le traitement fut le suivant : 1 gramme d'antipyrine.

L'enfant présente de *l'anesthesie cornéenne* et *conjonctivale, de l'abolition du réflexe pharyngien ;* les réflexes patellaires *sont conservés, peut-être un peu vifs.*

Lorsqu'on recherche le signe de Babinski, on constate que

la première phalange du gros orteil droit se fléchit, tandis que la première phalange du gros orteil gauche reste immobile. L'antipyrine fut supprimée le 14 janvier, et remplacée par des doses croissantes de bromure du 17 au 20 janvier, puis 3 grammes jusqu'à guérison complète.

L'examen des yeux, fait par M. Terrien, ne donna pas d'autres résultats que les suivants :

Les réflexes pupillaires sont normaux, le fond de l'œil n'offre rien de particulier, l'acuité visuelle est égale à 1 de chaque côté.

L'enfant sort guérie le 17 février 1908.

OBSERVATION XXV

E... Marcelle, âgée de sept ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 4 février 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant élevée au sein par la mère, a parlé et a marché de bonne heure, ses premières dents parurent à cinq mois.

Elle n'a jamais été malade, sauf une rougeole.

Il y a trois mois, l'enfant eut une vulvite qui dura huit jours avec pertes, puis douleurs dans les articulations, surtout dans les genoux et l'articulation temporo-maxillaire, céphalée, léger vertige.

La chorée survint ensuite et d'une façon brusque.

La mère attribue les accidents actuels à une frayeur survenue il y a huit jours.

Maladresse, mouvements involontaires de la langue, impotence des membres, surtout de la jambe gauche.

Les réflexes ne sont pas exagérés, il n'y a pas d'anesthésie appréciable, sauf *une anesthésie conjonctivale avec légère anesthésie pharyngée*, difficile à rechercher.

Il *existe un peu d'hippus*.

L'examen du cœur ne décèle rien ; celui des poumons, de la bronchite à droite.

3 mars 1907. — L'attention est attirée sur des douleurs localisées au genou droit, qui remontent à une quinzaine de jours : l'existence probable de pareilles douleurs au même genou, deux mois auparavant, mais sans enflure, est confirmée.

Il n'existe aucun trouble fonctionnel, douleurs au creux poplité, semblant correspondre au sciatique.

Signe de Lasègue, pas de douleurs à la pression des masses musculaires.

Rien au cœur.

Parésie du bras gauche. Au dynanomètre, on trouve 20 pour la main gauche, 28 pour la droite.

Au niveau du bras, pas de douleur, pas de troubles vasomoteurs. Pas de douleurs à la pression, pas de paralysie segmentaire, les mouvements choréiques prédominent à gauche.

Il existe un peu d'hippus.

17 mars. — L'état reste stationnaire, pas d'albumine.

Chez cet enfant le signe de Babinski est en flexion des deux côtés.

L'examen ophtalmologique donna les résultats suivants :

Œil gauche : *croissant de Fuchs.*

Œil droit : *croissant périphérique.*

Les *vaisseaux centraux semblent faire un coude en sortant, de la papille, à la partie inférieure.*

L'acuité visuelle est normale.

OBSERVATION XXVI

H... Ernestine, âgée de onze ans, entrée le 22 juin 1908, au lit nº 6 de la salle Parrot.

Antécédents héréditaires.— Père et mère bien portants.

Il y a eu sept enfants : deux sont morts de méningite, deux autres de congestion pulmonaire.

Pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Cette fillette est la seconde des sept enfants. Née à terme après une grossesse normale, elle fut nourrie au sein jusqu'à un an. Elle a marché à dix-huit mois. Rougeole à deux ans. Coqueluche à cinq ans.

Elle entre à l'hôpital pour des mouvements incoordonnés. Cette affection remonte déjà à quatre ans. L'incoordination motrice revient périodiquement tous les ans, et dure environ deux mois. A l'heure actuelle on remarque seulement quelques petits mouvements des mains et des doigts, et siégeant aux deux membres.

Il existe une légère maladie mitrale avec prédominance de rétrécissement.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

Le signe de Babinski manque.

Il y de l'anesthésie cornéenne et pharyngienne.

Mais on ne trouve pas de stigmates hystériques.

Examen des yeux :

La *pupille gauche est un peu grise*. Il n'y a pas d'autres troubles.

L'*acuité visuelle est normale* pour l'œil droit comme pour le gauche.

OBSERVATION XXVII

B... Henriette, âgée de sept ans et entrée le 22 juin 1908 à la salle Parrot, lit nº 23, pour des mouvements incoordonnés.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Sujet aux rhumatismes.

La mère tousse un peu.

Il n'y a pas de chorée dans les antécédents.

Suivant les affirmations de la mère la fillette se serait trouvée en contact avec une cousine qui avait la chorée.

Cette enfant est fille unique. La mère n'a pas eu de fausses couches.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme après une grossesse compliquée d'albuminurie et un accouchement pénible et long : elle fut nourrie au sein jusqu'à vingt-deux mois.

Les tétées étaient mal réglées et la quantité de lait qu'elle absorbait, irrégulière, aussi eut-elle des troubles digestifs de bonne heure avec entérite.

Elle eut la coqueluche à seize mois, et des bronchites répétées.

Au mois de mars 1908, elle contracta la rougeole qui dura un mois et demi.

Déjà l'an 1907, au mois de novembre; elle avait été prise de mouvements choréiformes et soignée en ville.

L'état de l'enfant était amélioré, et c'est à la suite de la rougeole que l'affection mal éteinte subit une recrudescence.

L'examen de l'œil est fait par M. Terrien.

Le fond de l'œil est normal.

Pour l'œil droit l'acuité visuelle égale 1.

Pour l'œil gauche l'acuité visuelle égale 0,6.

A la pointe du cœur, un souffle systolique existe.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Il existe de l'anesthésie conjonctivale et *pharyngienne.*

Le signe de Babinski n'existe pas.

Il n'y a pas de stigmates d'hystérie.

OBSERVATION XXVIII

B... Suzanne, âgée de treize ans, entrée le 23 mai 1908, salle Parrot, lit nº 1, pour chorée.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion cérébrale.

La mère est bien portante.

Elle a six autres frères ou sœurs bien portants, et trois morts dont deux d'une affection cardiaque et un de méningite, pas d'hérédité nerveuse.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de deux ans, cette fillette a eu une adénite de la région carotidienne ; à la même époque les oreillons, puis quelques mois après la rougeole sans complications.

A l'âge de quatre ans l'enfant a eu une pleurésie qui fut soignée à l'aide de vésicatoires.

Elle n'a jamais eu de rhumatisme. La mère s'est aperçue, il y a quelques jours, que son enfant avait des mouvements incoordonnés.

Une sœur de cette enfant, âgée actuellement de seize ans, a été soignée à huit ou neuf ans pour de la chorée.

L'examen du cœur et des poumons ne décèle rien, pas d'hypertrophie du foie ni de la rate, pas de troubles digestifs.

Les urines ne présentent ni sucre ni albumine.

L'examen des yeux est pratiqué le 27 mai 1908, par M. Terrien.

L'acuité visuelle est normale aux deux yeux, le fond de l'œil est normal.

Le traitement consiste en l'administration d'antipyrine pendant quinze jours à la dose de 2 gr. 50, sans obtenir de résultat. De la liqueur de Boudin est alors prescrite, à la dose de 10 grammes.

L'appétit diminue, l'enfant pâlit. On lui donne des douches tièdes qui semblent mieux calmer ses mouvements.

23 avril. — L'enfant n'a, au repos, que de rares mouvements ; mais lorsqu'elle exécute un mouvement quelconque, l'incoordination reparaît de suite. Le cœur est de volume normal ; la pointe bat dans le troisième espace intercostal.

Il semble cependant que le premier bruit soit prolongé, à timbre soufflant (bruit extra-cardiaque) ; le deuxième bruit est un peu claqué.

Ce souffle disparaît dans l'attitude assise et ne se propage

pas dans l'aisselle ; il siège au-dessus de la pointe et dans la région préventriculaire gauche.

L'enfant s'énerve facilement, pleure pour rien.

Les observations ne font qu'aggraver l'incoordination.

Elle est un peu pâle et maussade.

OBSERVATION XXIX

F... Alphonse, âgé de dix ans et demi, charretier, entré le 19 novembre 1906, salle Bouchut nº 12, pour chorée.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale. Mère bien portante.

Il y a dans la famille trois autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au sein jusqu'à treize mois, il eut ses premières dents à huit mois, et a marché à seize mois.

A treize mois il fut atteint de diphtérie laryngé, puis de rougeole immédiatement après avec bronchite.

Depuis lors, pas de maladie.

Jamais l'enfant n'a eu de douleurs articulaires.

Au mois de mai 1906 le petit malade a eu une frayeur et le lendemain on a remarqué des mouvements choréiques.

On l'a soigné pendant un mois à la salle Bouchut et cette incoordination motrice a disparu.

Après un mois de convalescence à Laroche, il revient complètement guéri.

Depuis quinze jours, il est de nouveau atteint de mouvements choréiques. Leur réapparition fut brusque et ils s'accentuèrent de plus en plus.

L'auscultation du cœur ne décèle rien.

Le signe de Babinski existe.

On ne trouve pas de troubles oculaires.

OBSERVATION XXX

B... Marcelle, dix-sept ans, dévideuse de soie, entrée le 16 février, salle Lorain, à la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie causée par un refroidissement ?

La mère est morte d'une affection cardiaque. Douze frères et sœurs dont neuf morts, et deux bien portants.

Antécédents personnels. — Elle a eu la rougeole, la coqueluche ; elle est fréquemment malade. A neuf ans elle eut la diphtérie. Jamais de rhumatisme.

La maladie a débuté vers le 1er février sans cause appréciable par des mouvements incoordonnés de flexion et d'extension de la main gauche sur l'avant-bras ; le bras gauche fut atteint entièrement peu après. A ce moment la maladresse de la malade est assez grande pour qu'elle renverse tout ce qu'elle saisit. Les jambes se prennent à leur tour et les mouvements incoordonnés, dont elles sont le siège, gênent la marche. La jeune fille est amenée en voiture à l'hôpital le 16 février.

24 février. — L'incoordination motrice a atteint le bras droit et rétrocède du côté gauche. La face est un peu prise, il y a quelqnes légers mouvements des paupières et des

lèvres. Le malade répond aux questions qu'on lui pose d'une façon brève et après un certain moment. Les globes oculaires sont le siège de quelques légers mouvements.

Avant son entrée à l'hôpital, la jeune fille avait perdu complètement la mémoire qu'elle a recouvrée. Elle pleurait et riait sans raison. A l'heure actuelle, elle rit très facilement.

Il existe une zone ovarienne douloureuse du côté gauche.

La sensibilité est normale.

Le réflexe pharyngien est aboli.

La conjonctive est sensible, *mais le réflexe conjonctival est un peu paresseux.*

Il n'y a pas de troubles des réflexes pupillaires.

Les pupilles *sont un peu excentriques.*

Il semble qu'il y ait *un peu d'hippus.*

Au cœur, l'auscultation permet d'entendre un souffle mésosystolique sus-apexien et doux.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. Le signe de Babinski est en flexion.

CONCLUSIONS

1° Exception faite de l'anesthésie conjonctivale et de l'abolition du réflexe qui y est liée, on peut dire que les troubles oculaires sont rares au cours de la chorée ;

2° L'iritis est exceptionnelle ; elle est d'origine rhumatismale et occupe la même place dans le tableau clinique que les complications endopéricardiques et pleurales. Elle comporte un pronostic assez sévère. Pour expliquer sa rareté on peut invoquer le peu de fréquence de l'iritis en général chez l'enfant ;

3° Les troubles du réflexe pupillaire ne font pas partie de la symptomatologie de la chorée ;

4° L'abolition du réflexe conjonctival à laquelle se joint souvent l'abolition du réflexe pharyngien se voit assez fréquemment ; nous l'avons notée 15 fois sur 20 ;

5° Sa signification étant encore discutée, il est difficile de lui attribuer actuellement la moindre valeur séméiologique ;

6° Les divers troubles pupillaires signalés par les auteurs sont exceptionnels. Sur 27 cas nous avons trouvé en effet 2 fois de la mydriase, 2 fois de l'irrégularité de la pupille, 3 fois de l'hippus ;

7° En ce qui concerne ce dernier symptôme, son inconstance même empêche de lui accorder la moindre importance diagnostique pour différencier la chorée des tics ;

8° Les alternatives de contraction et de resserrement de la pupille nous ont paru être un phénomène physiologique en rapport avec les variations de l'accommodation ;

La chorée de l'iris est donc une rareté ;

9° La névrite optique est plus qu'exceptionnelle et doit être rattachée à l'infection ;

10° La théorie de Stewens doit être rejetée ; car les troubles de la réfraction ne suffisent en aucune façon pour expliquer les diverses particularités étiologiques anatomiques et cliniques de lachorée ;

11° Enfin les paralysies oculaires ne se rencontrent pas au cours des chorées paralytiques.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Babinski. — Revue neurologique, 7 novembre 1901.

Babonneix. — Les réflexes dans la chorée de Sydenham. Archives de médecine des enfants, décembre 1908.

Blocq et *Grenet.* — Traité de médecine de Brissaud-Bouchard, t. X.

Bouchut. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, 1878.

Bouteille. — Traité de la Chorée. Paris, 1810.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance. Paris, 1882, t. II.

Cruchet. — Revue neurologique, 1904, p. 1147.

Déjerine. — Hérédité dans les maladies du système nerveux. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Forster. — Brit. med. Journ., 7 mars 1903.

Huet. — Manuel de Médecine (Chorée), t. IV.

Leroux. — Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby, t. IV.

Longmead. — Sur certains signes pupillaires au cours de la chorée. Lancet, 18 janvier 1908.

Michel. — Les paralysies dans la chorée. Thèse de Paris, 1904.

Nicollet. — Contribution à l'étude des réflexes dans la chorée de Sydenham. Thèse de Lyon, 1900-1901.

Ollivier. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Paris, 1886.

Philip (R.-W.). — Sur un cas de chorée grave avec certains phénomènes rares. Britisch Medical. Journ,, 15 février 1908.

Raymond. — Dict. Dechambre. Art. danse de Saint-Guy, t. XXV.

Roger (H.). — Archives générales de médecine, 1866-1867.

Rosenthal. — Traité clinique des maladies du système nerveux, 1878. Traduct. franç.

Rousseau. — Nature des psychoses choréiques. Thèse de Bordeaux, 1895-1896.

Sachs (B.). — Medical News, 30 juillet 1904.

Sée (G.). — Mémoires de l'Académie de Médecine, 1850, t. XV.

Triboulet. — Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert, t. X.

Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.